This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

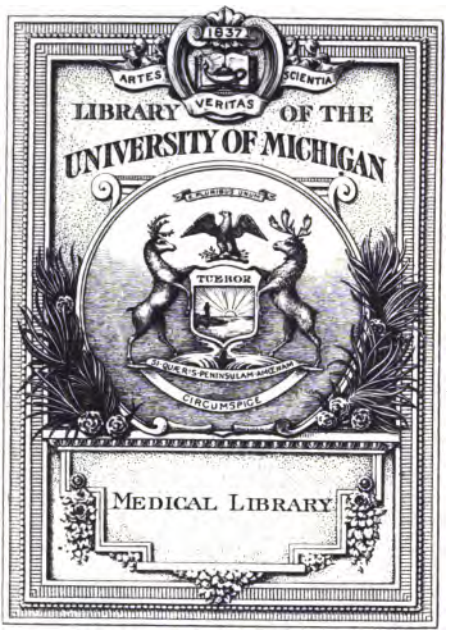
+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

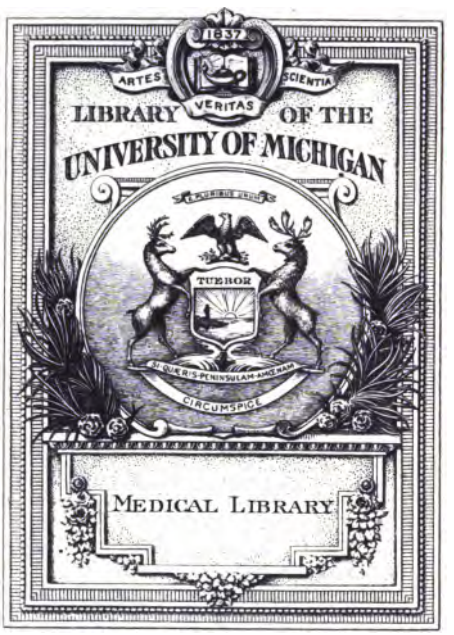
+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
SI QUÆRIS PENINSULAM AMŒNAM
CIRCUMSPICE
MEDICAL LIBRARY

610.5
R46
M515
1842
v.3


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
SI QUÆRIS PENINSULAM AMŒNAM
CIRCUMSPICE
MEDICAL LIBRARY

610.5
R46
M515
1842
v.3

REVUE MEDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

1842. — TOME III.

COLLABORATEURS.

MM.

AUBER, D. M. P.

BAYLE, Docteur et Agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

BELL, D. M. P., ancien Interne des hôpitaux et Vice-Président de la Société anatomique de Paris.

BLAUD, D. M. P., Médecin en chef de l'hôpital de Beaucaire (Gard).

BOUCHACOURT, D. M. P., chirurgien en chef désigné de la Charité, Président de la société Médicale d'Émulation de Lyon, etc.

BOURDIN, D. M. P.

CERISE, D. M.

CHAUVIN, D. M P. à Sion (Loire-Inférieure).

COMBES (de Castres), Docteur et Agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier.

CORBY, D. M. P., ancien Chef de Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Paris.

CRUVEILHIER, Professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris.

DELASIAUVE, D. M. P.

DELENS, D. M. P., ancien Inspecteur général des études, membre de l'Académie royale de médecine.

DEVILLE, D. M. P.

DEVILLIERS fils, D. M. P., membre de la société de médecine de Paris.

FERRAND DE MISSOL, D. M. P.

GIBERT, Docteur et Agrégé de la Faculté de médecine de Paris, Médecin de l'hôpital St-Louis.

JOLLY, D. M. P., Membre de l'Acad. royale de médecine.

LAGASQUIE, D. M. P., Membre de la commission médicale d'Égypte en 1828, 29 et 30.

MARTIN, D.M. M.

MARTINET, D. M. P. agrégé libre de la Faculté de médecine de Strasbourg.

MARTINS, Docteur et Agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

NONAT (Auguste), Médecin du bureau central des hôpitaux, Membre de la Société de médecine de Paris.

PAYAN, Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Aix (Bouches-du-Rhône).

PETREQUIN, D.M. Chirurgien en chef désigné de l'Hotel-Dieu de Lyon.

PRUS, Médecin de l'hospice de Bicêtre, secrétaire-général de la Société de médecine de Paris.

RAYNAUD, D. M. P.

RÉCAMIER, ancien Professeur de Clinique médicale de la Faculté, Médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris.

REVEILLE-PARISE, D. M. P., Membre de l'Académie royale de médecine.

RIBES père, D. M. P., Membre de l'Académie royale de médecine, Médecin de l'hôtel des Invalides.

ROZIER, D. M. P., Membre du Jury médical et Médecin en chef de l'Hôpital-Gén. de Rhodez (Aveyron).

SEGUIN, D. M. P.

TANQUEREL-DES-PLANCHES. D. M. P. Lauréat de l'Institut, etc.

VERGEZ, D. M. P., à Châteaubriant (Loire-Inférieure).

VIGNOLO, D. M. P.

VIREY, Membre de l'Acad. royale de médecine.

IMP DE MOQUET ET HAUQUELIN, RUE DE LA HARPE 90.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE,

JOURNAL DES PROGRÈS

DE LA

MÉDECINE HIPPOCRATIQUE,

PAR J.-B. CAYOL,

Chevalier de la Légion-d'Honneur, ancien professeur de Clinique médicale de la Faculté à l'hôpital de la Charité de Paris, Médecin consultant de l'Institution royale des Jeunes-Aveugles et de l'infirmerie Marie-Thérèse, membre de la Société de médecine pratique de Montpellier, de la Société royale et de la Société académique de médecine de Marseille, de l'Académie des sciences médicales de Palerme, etc.

1842. — Tome troisième.

PARIS,

AU BUREAU DE LA REVUE MÉDICALE,

RUE SERVANDONI, 17, HOTEL DE LA MAIRIE.

1842.

L'histoire de la médecine au dix-neuvième siècle dira le bien qu'a fait ce journal (la *Revue médicale*), par la force de son opposition aussi généreuse que décente.

BÉRARD, *Esprit des doctrines médic.*, p. 155.

Med-Jac
Gottschalk
9-19-27
15372

REVUE MÉDICALE.

(Juillet 1842.)

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

HISTOIRE

D'UN CAS DE PELLAGRE (1)

OBSERVÉ A L'HÔPITAL SAINT-LOUIS, DANS LE SERVICE DE M. GIBERT;
Par M. THÉOPHILE ROUSSEL,
Interne des hôpitaux.

Le sujet de cette observation est une fille nommée Adélaïde Chenu, âgée de vingt-trois ans, entrée le 13 juin 1842, dans le service de M. Gibert, comme atteinte d'un *érythème des mains, du visage et du cou.* Elle nous a donné sur ses antécédents les renseignements suivants, qui ont été confirmés, après sa mort, par le témoignage de sa mère.

Cette jeune fille est née à Brie-Comte-Robert, département de Seine-et-Marne, dans une famille très-pauvre. Pendant son enfance, qu'elle a passée à la campagne, elle s'est bien portée; ses règles ont paru à l'âge de douze ans; elles ont toujours été peu abondantes, sans que leur apparition ait jamais été accompagnée de trouble notable dans l'exercice des autres fonctions.

C'est à la fin du printemps de 1840 que la malade fait remonter le dérangement de sa santé. Elle perdit alors très-rapidement, et sans cause connue, l'appétit et les forces. Des maux d'estomac survinrent, accompagnés de vomisse-

(1) Cette singulière maladie, qui est endémique dans la Lombardie, n'avait peut être jamais été observée en France. C'est donc un fait rare et curieux sur lequel nous appelons l'attention des médecins, d'autant plus volontiers, que M. Roussel a su relever ce fait et le mettre en lumière par des considérations et des rapprochements qui décèlent un esprit philosophique et une érudition de bon aloi. CAYOL.

ments, et bientôt après de diarrhée, et de l'apparition sur le dos des mains et sur le front de *rougeurs* que l'on attribua à un coup de soleil. Ces rougeurs, à peu près indolentes, persistèrent pendant tout l'été malgré le soin que la malade avait, dit-elle, de les oindre tous les soirs avec du saindoux. Les vomissements avaient cessé de bonne heure; mais le dévoiement fut tenace, et ne diminua qu'insensiblement pendant l'automne, en sorte que, pendant l'hiver et le printemps suivant, la malade, qui reprenait un peu d'embonpoint et de forces, se remit à son état de couturière.

Vers la fin de mai 1841, elle devint enceinte, et aussitôt sa santé se dérangea de nouveau. Les maux d'estomac reparurent accompagnés de vomissements et d'un dévoiement opiniâtre qui se compliqua de violents maux de reins, de fourmillements dans les membres inférieurs. Bien qu'elle ne se livrât à aucun exercice fatiguant, elle trouvait le soir ses pieds enflés au niveau des chevilles. Les rougeurs du visage ne revinrent point; il existait seulement au pourtour des sourcils et à la racine du nez quelques démangeaisons, et il se détachait de ces points, lorsqu'elle les grattait, un grand nombre de *petites pellicules*. Les mains étaient moins rouges que l'année précédente; d'autre part, la malade remarqua, pour la première fois, l'existence sur la partie inférieure du cou, vers la fourchette du sternum, d'une plaque d'un rouge pâle de la grandeur d'un écu de cinq francs, et dont il se détachait, par le frottement, de petites écailles minces et blanchâtres; mais la faiblesse et le dépérissement général étaient plus marqués qu'en 1840. La malade tomba dans une tristesse profonde, perdit le courage pour toute espèce de travail et d'exercice. Elle accoucha, avant terme, en décembre 1841.

Les suites de couche ne présentèrent rien de particulier. La malade restait seulement sans appétit et sans forces; tout à coup, sans cause connue, sans qu'elle eût été exposée à l'action du soleil, vers le commencement d'avril 1842, son visage, ses mains et la partie supérieure de la poitrine se couvrirent de taches rouges, luisantes, accompagnées d'une cuisson particulièrement sensible aux mains. En même temps, le dévoiement dont elle n'avait jamais été entièrement débarrassée, reprit de l'intensité; il s'y joignit des coliques, des douleurs de reins, des crampes dans les membres. Les vomissements ne reparurent pas. La malade s'alita; et, comme ses souffrances augmentaient et qu'elle ne pouvait être convenablement soignée chez elle, elle se fit transporter à Paris. Nous la trouvâmes dans l'état suivant :

14 *juin*. — Amaigrissement considérable; physionomie empreinte d'une tristesse et d'un abattement profonds; dégoût presque universel pour les aliments; pouls petit, faible, fréquent; langue effilée, lisse, rouge à la pointe; douleurs dans les reins, sentiment presque continuel de lassitude dans les membres, qui fait place, surtout la nuit, à des fourmillements et à des douleurs brûlantes aux extrémités, en sorte qu'elle ne goûte presque plus de sommeil.

La peau est rude, sèche et chaude dans toute l'étendue du corps; la partie moyenne du front, la racine du nez, le pourtour des orbites sont comme couverts d'une rougeur terne et livide. En ces points, le tégument paraît fendillé, comme gercé; des fragments d'épiderme grisâtre, épais et ternes s'en détachent. Le dos des mains est le siége d'une rougeur plus intense et plus foncée, luisante comme celle de l'érysipèle au niveau des métacarpiens, mais sans gonfle-

ment sensible, et avec de larges plis comme dans certains psoriasis, lorsque les squames sont tombées; sur cette partie, l'épiderme paraît se détacher par une sorte d'exfoliation; sur les doigts, la couche épidermique offre un aspect parcheminé; elle paraît cassante, terreuse, très-épaissie, surtout au niveau des articulations où elle forme des plis profonds le long desquels elle paraît brisée, ce qui leur donne l'aspect de véritables gerçures. En somme, l'affection cutanée présente ici les apparences réunies de l'érythème et de l'icthyose.

La plaque qui existe au niveau de la fourchette sternale est d'un rouge pâle, et présente une desquamation tout à fait semblable à celle de cette dernière maladie.

Les pieds offrent du gonflement autour des malléoles et une rougeur érythémoïde légère, sans trace de desquamation.

L'état de la malade a présenté très-peu de modifications pendant les dix premiers jours de son séjour à l'hôpital. Elle s'est plainte de douleurs aux gencives, qui sont en effet très-rouges et comme érodées au voisinage de la dent; une matière blanche, d'odeur fétide, semblable à du tartre paraît provenir de ces érosions. Le dévoiement, assez considérable au moment de l'arrivée, diminue; les crampes et les douleurs brûlantes des extrémités croissent toujours, au point que la malade supplie à chaque visite, et en pleurant, de lui donner un remède contre ces douleurs; plus d'appétit; presque plus de sommeil; langue très-sèche: même état du pouls.

25 juin (samedi). La physionomie de la malade a pris une expression singulière : ses yeux sont fixes et brillants; les parties couvertes de rougeur ont pâli et pris un aspect

terreux ; elle est sombre, taciturne, et répond mal aux questions qu'on lui adresse.

26 (dimanche). Dans la nuit du 25 au 26, elle a été prise d'un délire violent et loquace qui a troublé le repos des malades. Au moment de la visite, son état offre tous les caractères d'une manie aiguë; elle ne répond à aucune question ; et, quoiqu'elle paraisse s'adresser à tous ceux qui s'approchent de son lit, elle ne reconnaît personne; elle se lève sur son séant, regarde autour d'elle d'un air hagard, proférant des jurements et des paroles incohérentes, auxquelles se mêlent sans cesse les noms de Rosalie et d'Adélaïde; puis elle retombe sur son lit en agitant ses mains, pour se relever un instant après avec la même violence. Elle ne montre aucune tendance au suicide ni à la fureur; et quoiqu'elle ne soit pas encore attachée, et que son lit soit entouré de divers ustensiles, elle n'a pas essayé de s'en servir pour se frapper ou frapper ses voisines.

27 juin (lundi), Le délire persiste avec les mêmes caractères et la même intensité. Pendant toute la nuit, la malade n'a pas cessé de proférer des jurements, des exclamations toujours les mêmes, s'agitant, essayant de se lever sur son séant pour retomber aussitôt à la renverse.

28 juin (mardi). Elle s'est encore agitée et a poussé des cris pendant la nuit. Cependant, au moment de la visite, elle paraît plus affaiblie que la veille; en voyant son lit entouré par les nombreux élèves qui viennent assister ce jour-là au cours de M. Gibert, elle regarde autour d'elle d'un air étonné; mais elle ne se soulève plus sur son lit et ne prononce guère d'autres paroles que celles ci: Ah ! oui ! ah ! oui ! Elle agite sans cesse ses doigts dans la

camisole de force ; et des ouvertures ayant été pratiquées aux manches de ce vêtement pour montrer ses mains, on voit qu'elle cherche à saisir des objets imaginaires et à pincer les couvertures de son lit. Les mains présentent les mêmes caractères qu'avant l'invasion du délire, à part la coloration qui est plus pâle.

Le soir, la malade est encore plus affaissée. Son œil est terne; elle ne parle plus.

29 juin (mercredi). Agonie paisible. Mort à sept heures et demie du matin.

30 juin (jeudi). Autopsie à neuf heures du matin.

Cadavre réduit à un état d'émaciation extrême. La raideur cadavérique a complétement disparu ; le globe de l'œil est affaissé; des lignes verdâtres se dessinent sur l'abdomen.

Plus de trace de rougeur aux pieds et à la poitrine ; très-peu au visage ; mais l'altération de la peau se retrouve avec ses autres caractères sur ces points et sur les mains, dont la rougeur, luisante et diffuse, est remplacée par une teinte brune entremêlée de taches plus foncées semblables à celles qu'on a observées chez certains scorbutiques. La peau est dure comme du cuir, principalement aux doigts; l'épiderme forme autour des articulations phalangiennes une couche très-friable et comme cornée; au-dessous les éléments de la peau paraissent confondus, condensés en une couche rougeâtre qui tranche sur la couche épidermique.

A l'ouverture de l'abdomen, il s'échappe une grande quantité de gaz fétides. Le tube digestif est dans l'état suivant : muqueuse gastrique de couleur gris-verdâtre entremêlée d'arborisations et d'un pointillé rouge-

brun ; cette membrane est ramollie sensiblement et s'enlève par petits lambeaux : pas de traces d'ulcération. L'intestin grêle est d'une teinte moins foncée, et parsemé de points rouges qui semblent correspondre aux villosités. Le gros intestin est rempli de matières fécales liquides ; le sommet des valvules offre une teinte brunâtre ; pas d'ulcérations.

En enlevant la calotte crânienne, il s'écoule une grande quantité de sang noir ; les sinus de la dure-mère sont gorgés de ce liquide. Très-peu de sérosité dans l'arachnoïde. La pie-mère est un peu injectée ; elle adhère à la substance cérébrale, et lorsqu'on essaie de l'enlever, elle entraîne de petits fragments de celle-ci, ce qui donne à la surface du cerveau un aspect inégal et ulcéré.

La masse encéphalique est sensiblement ramollie, et c'est principalement sur la substance grise que porte cette diminution de consistance. La substance blanche a sa coloration normale. Les ventricules contiennent une petite quantité de sérosité rougeâtre. La moëlle est sans altération. Le cœur est petit, flasque et pâle. Les poumons sont infiltrés de sérosité : tubercules crus au sommet. Le foie est volumineux, d'une couleur fauve, et piqueté de rouge ; il est peu consistant. La rate est petite, presque exsangue. Les reins sont normaux. La vessie et les uretères sont distendus par une grande quantité d'urine. L'utérus est sain ; on trouve seulement de la rougeur et une excoriation sur la lèvre inférieure du museau de tanche.

Tel est le tableau pathologique dont une partie s'est déroulée à l'hôpital Saint-Louis et sous les yeux d'un grand nombre de témoins, tableau non moins remarquable par la singulière coordination des phénomènes morbides que par

l'insignifiance décourageante (1) des altérations anatomiques. Aussi l'avons-nous débarrassé à dessein de tout commentaire, afin que ceux qui ont étudié *la Pellagre* dans les livres, mais surtout ceux qui l'ont vue, reconnaissent tout d'abord, dans le fait qui nous occupe, un exemple et des mieux caractérisés, de cette maladie si extraordinaire, si complexe et si grave. Que si, malgré cela, cette observation n'éveillait pas l'incrédulité de quelques-uns, nous devrions presque nous étonner; car la résistance aux faits nouveaux est le phénomène le plus commun dans l'histoire de la science: la paresse nie parce qu'elle ne veut pas s'enquérir; l'envie, parce qu'elle n'a pas observé elle-même; la médiocrité, parce qu'elle ne comprend rien en dehors des faits vulgaires. Il est vrai qu'il y a aussi la résistance des esprits sages; mais celle-là n'a de rigueur que pour les preuves; et lorsqu'un fait est bien prouvé, elle l'adopte après l'avoir combattu.

C'est d'abord avec un sentiment de défiance et de doute

---

(1) DÉCOURAGEANTE! vous l'entendez : La *Revue médicale* doit enregistrer ce mot, cette expression naïve de l'état de la science, ce cri de détresse de l'*anatomisme* aux abois, qui s'échappe enfin de tous les bancs de l'école. Nous avons vu dernièrement deux médecins haut placés, à la tête de deux grands hôpitaux, se décourager en présence d'une épidémie dont ils ne pouvaient saisir ni le caractère ni les indications curatives (*Voir*, dans l'avant-dernier cahier de la *Revue*, l'histoire de l'épidémie de *cerebro-spinite*); aujourd'hui c'est un élève distingué de la même école qui éprouve le même découragement en présence d'un cadavre, parce qu'il n'y trouve pas ce qu'il y cherche avec toute l'ardeur et la bonne foi de son âge. Son observation doit lui paraître incomplète; car dans son esprit et dans l'esprit de l'école, l'idée de maladie implique presque nécessairement celle d'*altération anatomique*. Ce judicieux observateur n'eût-il pas été bien plus à l'aise, et bien plus satisfait du résultat de l'*autopsie*, si on lui eût enseigné que la maladie est un acte vital, qu'elle disparaît avec la vie, qu'il ne faut donc pas la chercher dans le cadavre; et que les altérations anatomiques (dont nous sommes loin de nier l'importance lorsqu'il en existe) ne sont que des *effets ou des résultats* ÉVENTUELS (mais non pas nécessaires) *de cet acte vital, de cette fonction anormale qui constitue la maladie?* Nous ne saurions trop répéter cette formule philosophique de vitalisme, qui est, suivant nous, la clef de la pathologie. CAYOL.

que nous avons observé le fait qui nous occupe. M. Gibert, qui n'a pas vu, mais qui a étudié la Pellagre, fut frappé du cachet particulier de l'affection des mains et du visage, et il appela sur elle l'attention des élèves qui suivent son cours. Pour nous, qui avions observé des pellagreux, le premier coup-d'œil rappela nos souvenirs d'au-delà des Alpes; mais l'esprit asservi, comme il l'est toujours, par un dogme en vigueur, nous nous disions que la pellagre n'existait pas en France, et nous ne voulions voir qu'une ressemblance trompeuse.

Huit jours se passèrent ainsi. Les plaintes continuelles et de plus en plus vives de la malade nous décidèrent alors à recueillir tous les antécédents de la maladie. Chaque trait nouveau était une révélation. Nous ne doutions plus; mais il manquait à notre certitude un dernier appui, le délire: deux jours après il survint. Ce jour-là notre observation reçut une sanction nouvelle, celle du docteur Angelo Dubini, de Milan, qui a occupé pendant plusieurs années le poste de *chef de clinique* (*medico assistante*) dans les hôpitaux de sa ville natale et dans celui de Pavie, remplis de pellagreux. Singulière coïncidence! M. Dubini, qui était déjà venu plusieurs fois dans les salles de M. Gibert, nous dit qu'il avait été frappé en effet de l'aspect d'une malade de ce service; qu'il avait cru voir une pellagre, et s'était même adressé à la malade pour savoir si elle n'était pas d'origine italienne; puis, sur la réponse négative et sur la foi du diagnostic déjà porté, il avait aussi reculé sans conclure. Mais lorsque nous lui fîmes part des commémoratifs, et lorsqu'il revit la malade, non-seulement il n'hésita point, mais il déclara que nous avions sous les yeux un cas de pellagre des mieux caractérisés. M. Gibert, malgré

sa répugnance pour les décisions hasardées, reconnut aussi dès-lors tous les traits de la pellagre.

Le mardi (21 juin) la malade fut montrée à un grand nombre d'élèves et de médecins; l'académie fut informée, et nomma pour examiner le fait une commission dont M. Emmery fut rapporteur. Le lendemain la malade était morte, et cette mort, aussi bien que les résultats de l'autopsie, ont été une dernière confirmation de notre diagnostic.

Il ne nous reste plus qu'à comparer le fait qu'on vient de lire avec ceux qui s'observent en Italie; ce rapprochement rendra l'observation plus frappante encore.

Avant tout, nous avons cherché à nous enquérir de l'origine de la malade; car la pellagre étant à peu près universellement reconnue comme une maladie non contagieuse, mais héréditaire, le fait qui nous occupe aurait paru moins inexplicable, si nous avions retrouvé des Italiens et des pellagreux dans sa famille. Les résultats ont été négatifs; le père de la malade, originaire de Normandie, était postillon; sa mère, d'origine picarde, est encore revendeuse de fruits, et il ne paraît pas qu'il y ait eu des aliénés parmi ses parents. Du reste, les conditions d'existence de la malade ont été à-peu-près celles dans lesquelles se développe communément la pellagre, que le peuple d'Italie appelle *mal de misère*, c'est-à-dire, la pauvreté, le régime de vie des campagnes. Nous n'avons pas mentionné le tempérament lymphatico-nerveux et la constitution délicate de la malade, parce que ces circonstances ont peu de valeur (1), bien qu'elles se retrouvent chez la

(1) Shamti dit : *Plethoricos et phlegmaticos, biliosos et melancholicos, graciles et obesos athleticoque præditos habitu indiscriminatim hic morbus adoritur.*

majorité des pellagreux, qui est elle-même fournie par le sexe féminin.

Le trait le plus saillant de notre observation et de la pellagre en général, c'est la marche et l'ensemble des phénomènes, leur périodicité, leurs alternatives bizarres. La maladie débute au printemps; elle attaque un ou deux systèmes organiques, quelquefois trois; elle augmente, puis elle fait un temps de repos jusqu'au printemps suivant, où elle renaît avec une physionomie plus complexe et plus accentuée, et, ainsi de suite, jusqu'à la mort. Le phénomène le plus continu c'est l'épuisement, général; puis viennent les dérangements de l'appareil digestif et les désordres nerveux qui offrent de plus notables rémissions; puis l'affection cutanée, qui semble beaucoup plus exactement réglée par le cours des saisons. C'est ce qui est arrivé chez notre malade.

La disproportion entre l'intensité de l'affection cutanée, et celle des phénomènes nerveux et gastriques, est un trait des plus remarquables. On a même observé qu'aux premiers temps de l'apparition de la pellagre, cette différence était plus grande, et qu'alors, tandis que l'altération de la peau était légère, les coliques, les crampes, les douleurs spinales, étaient très-violentes. Nous insistons particulièrement sur ce fait, parce que nous avons remarqué qu'en France beaucoup croient qu'il n'y a dans la pellagre que la maladie de la peau : erreur d'autant plus grave que tous les bons observateurs ont établi que cette altération n'était que secondaire; quelques-uns ont même admis qu'elle pouvait manquer. Ainsi Titius a divisé la pellagre en *manifeste* et en *larvée*, suivant qu'elle est ou non accom-

pagnée d'éruption cutanée (1). Dans le fait que nous avons décrit le degré d'intensité de chaque ordre de phénomène a été celui qui s'observe le plus souvent. Il faut noter cependant une particularité, c'est que l'éruption a été plus intense la première que la deuxième année. C'est ce que plusieurs auteurs ont observé; Cerri, entre autres, qui a vu des pellagreux n'éprouver que de violentes coliques au retour du printemps et rester exempts de toute éruption. Strambi a même signalé le fait dans lequel après la première apparition des rougeurs, la maladie n'offrait au printemps suivant que de la desquamation (2).

Le début de la pellagre, avec les prodromes que notre malade a présentés, est celui que Zanetti le premier, et après lui Cerri, Prinetti, le docteur Holland, etc., ont souvent constaté.

On a remarqué chez notre malade que les mains et la face avaient été les premières parties atteintes ; puis le cou s'est affecté, et enfin les pieds. C'est la marche la plus ordinaire. Odoardi dit même : « Ce n'est qu'après la troisième ou la quatrième année que les pieds s'affectent de la même manière que les mains ! » Quand à l'œdème des malléoles, on n'a qu'à parcourir les observations de Fanzago pour juger de sa fréquence.

Odoardi a trouvé souvent le pouls des pellagreux très-lent ; mais les autres observateurs l'ont trouvé communément avec les mêmes caractères que chez notre malade.

La salivation et la suppression des règles que Fanzago

---

(1) *Oratio de Pellagræ pathologiâ, etc.* Vitemberg, 1792.

(2) *Di una specie di scorbuto*, etc., page 2.

indique comme fréquentes, manquent assez souvent comme dans le cas en question. L'altération des gencives est commune.

Le développement extraordinaire que la maladie a pris après sa troisième apparition est en rapport avec ce qu'indiquent les écrivains italiens ; nous pensons que l'état puerpéral y a beaucoup contribué. Cette influence a été relevée récemment par Chiappa (1).

Les résultats de l'autopsie ont été parfaitement conformes à ce qu'ont observé tous les Italiens. Et ici nous sommes forcé de reconnaître que de nos jours seulement les autopsies ont été convenablement faites ; celles des premiers auteurs sont incomplètes; dans celles que citent Strambi, Ghirlanda et Pasquali, il n'est guère question que de l'état du cerveau. Dans les 16 observations que contient le premier mémoire de Fanzago, et parmi lesquelles on trouve six autopsies, le tube digestif, et surtout le cerveau, ont été superficiellement examinés. Partout les résultats sont négatifs. Le ramollissement de la substance cérébrale, les traces de congestion légère, l'engorgement sanguin des sinus de la dure-mère, des indices d'inflammation plus ou moins étendue et avancée dans le tube digestif ; tels sont les caractères anatomiques les plus constamment observés (2).

(1) Voir son Mémoire dans les *Anali universali di medicina di Milano*, janvier 1833.

(2) Ces altérations anatomiques se trouvent dans une infinité de cas qui n'ont rien de commun avec la Pellagre, et M. Roussel a eu grande raison de dire précédemment qu'elles sont d'une *insignifiance décourageante*. Elles ne sont donc pas caractéristiques. Voilà donc encore une maladie des plus graves, transmissible des pères aux enfants, et condui-

Nous ne nous arrêterons pas aux causes de la maladie. En présence de la confusion extrême qui règne à cet égard dans les ouvrages Italiens, on ne peut avec un seul fait s'aventurer dans des recherches étiologiques. Nous nous bornerons à faire une remarque à propos de l'action du soleil, que Frapolli et Albera regardaient comme la cause unique de la pellagre. Cette opinion ne peut plus être admise depuis qu'on reconnait avec Strambi que l'affection cutanée de la pellagre, n'est que secondaire ; il nous paraît cependant hors de doute que celle-ci est en grande partie sous l'influence du soleil ; et c'est ainsi qu'on pourrait peut-être expliquer l'intensité différente des phénomènes cutanés de la première et de la seconde année, chez notre malade, qui fut beaucoup plus exposée à l'insolation en 1840 qu'en 1841.

Nous terminerons ces considérations, que nous aurions voulu pouvoir abréger, en exprimant notre vif regret que cette apparition d'une maladie qui se montre pour la première fois au milieu de nous, ait été si rapide, et qu'elle n'ait point passé sous les yeux de l'Académie.

Quant aux conclusions qu'on attend peut-être, nous nous montrerons aussi réservés qu'on doit l'être en présence d'un fait unique, quelque incontestable et bien observé qu'il soit d'ailleurs. Faudrait-il penser que la pellagre, qui certainement étend ses limites en Italie, qui d'une part a

---

sant à la mort après des années de souffrances, qui n'a pas de caractères anatomiques, et qu'on ne peut caractériser que par des phénomènes vitaux ! Nous n'avions pas besoin de ce nouvel argument à l'appui de notre doctrine vitaliste. Mais nous ne voulons pas négliger d'en prendre note et de l'enregistrer pour mémoire. CAYOL.

passé le Pô, et pénétré en Toscane, tandis que de l'autre, elle s'avance dans le Frioul et les montagnes de la Carinthie, aurait aussi passé les Alpes et envahi la France? Ne faudrait-il pas admettre plutôt que la réunion des causes inconnues jusqu'ici qui développent endémiquement la pellagre dans les campagnes italiennes, peut se rencontrer en France et y produire la maladie sous forme sporadique? Nous ne déciderons pas. Nous remarquerons seulement que la première hypothèse n'est pas aussi inadmissible qu'on peut le croire au premier abord. L'histoire de la pellagre en Italie le prouve; c'est par des cas isolés qu'elle commença ; et les deux premiers médecins lombards qui en aient parlé, Frappolli (1) et Zanetti (2) l'appellent une maladie *sporadique*. L'incertitude qui règne sur l'époque de son apparition et les contestations qui s'élevèrent à l'occasion de chaque observation nouvelle, montrent combien c'est une affection multiforme et facile à confondre avec d'autres affections connues dont elle emprunte le masque. Frappoli et Albera y voyaient surtout une maladie de la peau aussi ancienne que le soleil. Strambi, qui écrivait en 1784, c'est-à-dire très-peu d'années après qu'on avait commencé à s'occuper de la pellagre, dit que plusieurs malades, reçus dans l'hôpital de Lugnano établi par l'empereur Joseph II, lui assurèrent que leurs pères et même leurs grands-pères avaient été atteints de la même maladie. Cependant personne n'y avait pris garde. Ce qui est arrivé à Padoue est plus remarquable encore. Déjà plusieurs écri-

(1) *Animadversationes in morbum vulgò Pellagrum* (1771).

(2) *Memoria sopra la Pellagra, diretta da F. Zanetti all' Academia di Norimberga* (1775).

vains avaient fait connaître la pellagre de Lombardie; déjà même elle avait été découverte dans l'état de Venise; Odoardi en avait constaté l'existence dans le district de Bellune; Padoue était très voisine; elle était le centre scientifique de tout le pays; la pellagre y existait, personne ne la voulait reconnaître. C'était en 1788: un jeune médecin, qui devint bientôt professeur, Fanzago revenait de Pavie où il avait étudié la pellagre. En suivant les cliniques de l'hôpital de Padoue, il remarqua un malade qui paraissait embarrasser le médecin; il l'examina, reconnut la pellagre. On ne le crut point, il continua cependant ses recherches; et, au bout de peu de temps, il avait recueilli les seize observations qui forment les matériaux de son premier mémoire (Padoue, 1789). Ses compatriotes ne le crurent point encore, et il fallut l'autorité des hommes vraiment compétents, de J. P. Frank et de Vildemar (1) pour convaincre que Fanzago avait bien observé. Du reste, la pellagre offre dans les divers pays des nuances diverses qui ont fourni des armes à ceux qui refusaient de la reconnaître. Ainsi, il est à peu près hors de doute que le *mal de la Rosa* des Asturies, décrit pour la première fois en 1755 par un Français, le docteur Thierry, n'est qu'une variété de pellagre; et, dans les limites de l'Italie, on voit, par les descriptions d'Odoardi que la pellagre du district de Bellune s'éloigne en quelques points de celle des environs de Padoue, décrite par Fanzago; qu'aucune des deux ne ressemble exactement à la pellagre que Sartogo décrivit en

(1) Voir les Lettres de ces deux médecins, datées de 1790, à la page 98 et 99 de *l'Obs. de Fanzago*.

1771, dans le district d'Aviano, sous le nom de *scorbuto montano*; et qu'enfin la pellagre de Lombardie présente ses traits spéciaux. Mais partout cette maladie offre un ensemble de caractères et une marche auxquels on ne peut la méconnaître. Ces caractères se retrouvent tous dans l'observation que nous avons décrite. Aussi, bien que les recherches que nous avons commencées dans les maisons d'aliénés n'aient pas encore confirmé nos soupçons, nous pensons que si l'éveil est donné par ce premier fait, d'autres cas de pellagre se présenteront tôt ou tard, et que notre observation ne sera pas perdue pour la science.

ÉTUDES

SUR LES OBSTACLES

A LA REDUCTION DES LUXATIONS RÉCENTES;

Par M. le docteur G. FILUGELLY, de Parme.

Presque tous les auteurs qui ont parlé des obstacles que l'on rencontre dans la réduction des luxations récentes, les ont attribués à la contraction des muscles. Ils prétendent que les malades, pour se soustraire à la douleur occasionnée par les mouvements de l'opération, contractent énergiquement ces organes, rendent immobile le membre que l'on veut réduire, et que de là naissent les obstacles à la réduction.

Pour obvier à cet inconvénient, les chirurgiens ont donné le conseil de distraire le malade, de s'emparer de son attention pendant l'opération, et même de produire l'ivresse et l'évanouissement.

Voici comme s'exprime l'auteur de l'article *Luxation* du Dictionnaire de Médecine (2e édit., p. 269).

« Mais un précepte de la plus grande importance, que nous devons surtout à Dupuytren, sur lequel A. Cooper insiste aussi particulièrement, c'est de chercher, pendant la réduction, à distraire le malade des douleurs qu'il éprouve, et de le forcer à interrompre la contraction de ses muscles, en l'obligeant en quelque sorte, malgré lui, à répondre à des questions pressantes, soit sur les circonstances de son accident, soit sur les sensations qu'il éprouve, soit sur d'autres sujets qui pourraient être pour lui d'un grand intérêt. »

On a préconisé, entre autres moyens, l'usage du tartre stibié, les bains répétés, les saignées abondantes, et tout cela pour affaiblir le malade afin qu'il n'oppose pas de trop fortes contractions au moment de la réduction.

Mais, quels sont les faits qui prouvent que c'est la contraction musculaire qui occasionne les obstacles qui nous occupent? Je ne pense pas qu'il existe de pareils faits.

On prétend, il est vrai, que pour réduire une luxation sur le cadavre on ne rencontre nullement les obstacles qui existent sur le vivant; mais je rapporterai plus bas un fait cité par A. Cooper, où l'on verra que, même sur le cadavre, les luxations récentes peuvent présenter des obstacles insurmontables.

On a dit encore avoir très-facilement réduit une luxation chez un blessé en état d'ivresse ou d'évanouissement; mais qui peut assurer qu'on n'aurait pas réussi tout aussi facilement si le malade n'eût pas été ivre ou évanoui ?

Les Anglais, peut être invoqueraient-ils, à l'appui des

contractions musculaires, comme cause des obstacles en question, les avantages qu'ils retirent de l'usage répété du tartre stibié, qui, comme on sait, produit le relâchement général de tous les muscles. Mais malheureusement pour cette allégation, outre qu'on obtient partout les mêmes succès qu'en Angleterre en l'absence de ces moyens, c'est justement en Angleterre, où dans ces cas, plus que partout ailleurs, on se sert du moufle, des poulies et des machines les plus puissantes.

La paralysie aussi a été invoquée comme preuve que les contractions musculaires s'opposent à la réduction facile des luxations. Voici comment s'exprime M. Mathias Mayor. (*Gaz. méd.* 1840).

« La paralysie! J'ai été appelé plusieurs fois à réduire l'humérus chez le fils d'un de mes amis, le colonel de L..., et j'ai été frappé de l'extrême facilité que j'éprouvai dans cette opération que j'exécutais toujours seul, à l'instant et sans aucun effort. C'est que le jeune homme avait eu dans son enfance, et à la suite d'une affection cérébrale, une hémiplégie complète, et qu'il lui était resté une atrophie et une très-grande faiblesse des muscles de ce bras-là ; *de sorte que s'il nous était donné de pouvoir paralyser à volonté les muscles d'un membre luxé, sa réduction ne présenterait jamais la moindre difficulté.* »

Mais on voit que le fait rapporté est peu concluant; car on sait qu'une luxation, qui s'est déjà reproduite plusieurs fois, se réduit très-facilement.

A. Cooper cite un autre cas où un enfant, ayant les muscles du bras droit paralysés, avait la faculté de faire passer la tête de l'humérus sur le bord postérieur de la cavité glénoïde dans laquelle on la faisait rentrer facilement.

Dans ce cas là, dit A. Cooper, il ne pouvait pas y avoir de déchirure des ligaments.

Ces luxations, produites avec la plus grande facilité et réduites de même, ne prouvent nullement, selon moi, que ce soit la contraction musculaire qui occasionne les obstacles pour les réductions; elles rentrent dans la catégorie de celles que certaines personnes peuvent produire et réduire à volonté; elles sont des diastases plutôt que de véritables luxations; car il n'y a pas de déchirure des ligaments.

D'ailleurs, dès qu'on peut rencontrer des obstacles pour la réduction d'une luxation, même sur le cadavre, il me semble que la facilité avec laquelle on réduit un membre luxé dont les muscles sont paralysés, ne peut pas être invoquée comme preuve que c'est la contraction musculaire qui les produit.

En outre, il y a des déplacements dans les fractures qui ne peuvent être produits que par la contraction des muscles; ainsi dans la fracture du tiers inférieur du péroné, ce sont les muscles qui portent le pied en dehors; dans la fracture des os de l'avant-bras, ce sont les muscles qui tendent à effacer l'espace interosseux; dans la fracture de l'humérus, entre les insertions des muscles de deltoïde et grand pectoral, ce sont les muscles qui portent un fragment en dehors et en haut, et l'autre en dedans, et cependant rien n'est plus facile que la réduction de ces déplacements. Dans la fracture transversale même de la rotule, où les agents qui produisent le déplacement sont si considérables, la réduction est très-facile. Certes, on ne peut pas maintenir cette réduction, parce que nous manquons de moyens appropriés pour cela; mais, toujours est-il que le

déplacement de la fracture en question se réduit avec la plus grande facilité.

Ces faits-là me paraissent péremptoires pour faire voir que la contraction musculaire n'est pas la cause des obstacles à la réduction des luxations, ou que du moins elle doit agir concurremment avec d'autres circonstances pour les produire.

Voyons quels sont les éléments qui constituent les obstacles en question en examinant : 1° l'anatomie pathologique de plusieurs luxations ; 2° les faits cliniques.

Billard d'Angers rapporte (*Arch. gén. de méd.*, t. 3.) l'autopsie suivante d'une luxation du fémur en arrière et en bas.

L'articulation disséquée, on trouve : 1° une grande quantité de sang infiltrée dans les muscles ; 2° les fibres musculaires du grand fessier déchirées transversalement dans les deux tiers postérieurs de la largeur du muscle, au niveau du sommet du grand trochanter ; le moyen fessier en partie déchiré à son insertion à cette éminence ; le petit fessier dans le relâchement par le rapprochement de ses deux points d'attache, et resté intact ; 3° la cavité cotiloïde, au fond de laquelle adhère le ligament rond, en partie fermée par les muscles iliaque et psoas, dont les *fibres contournées et très-tendues* se rendaient au petit trochanter ; 4° la tête du fémur appliquée au côté externe de l'épine sciatique, et par conséquent en arrière et en dehors de la cavité cotiloïde. La tête du fémur, en se déplaçant, a passé au-dessous des tendons réunis des muscles pyramidal et obturateur, qui croisent obliquement le col de l'os en passant au-dessus de lui. *Les deux muscles se trouvent ainsi très-étendus* et fortement pressés entre la tête du fémur et le côté externe de

la cavité cotiloïde ; les deux jumeaux sont complétement déchirés, tandis que le *carré, dans une extension forcée*, est appliqué sur la face postérieure du col du fémur devenue antérieure.

D'après cette disposition, on voit que cet os était contourné de telle sorte, que la face externe de son corps était devenue antérieure, ainsi que le condyle externe.

Le membre était raccourci d'un demi-pouce.

Ainsi donc le carré crural, et peut-être aussi le grand fessier (car son insertion fémorale était portée en avant et tournée en dedans), les deux obturateurs, le psoas et l'iliaque étaient tendus, et cette tension était passive; car elle était due à l'éloignement de leurs insertions.

Les muscles psoas et iliaque ayant leurs insertions fixes *en haut et en dedans*, et les insertions susceptibles de déplacement *en bas et en dehors*, tendent, par leur élasticité, à porter la tête fémorale *en haut et en dedans*, c'est-à-dire, dans le sens inverse à celui où le déplacement a eu lieu. Les deux obturateurs étant tendus et disposés comme les précédents, tendent aussi à porter la tête fémorale *en haut et en dedans*, savoir vers la cavité cotyloïde ; mais ce résultat est nécessairement empêché par la présence du rebord cotyloïdien, ou par la surface inclinée d'avant en arrière et de dehors en dedans de l'os des îles sur laquelle repose la tête fémorale : car si une éminence osseuse ne retenait pas le fémur immobile et comme accroché, qui empêcherait aux muscles de revenir sur eux-mêmes, et comment pourrait-on les trouver tendus comme des cordes, même sur le cadavre ?

Le carré crural (de même que le grand fessier, en le supposant tendu), tendrait à porter le fémur directement en

arrière; mais comme ce déplacement est empêché par la capsule fibreuse restée intacte, comme, d'un autre côté, les insertions iliaques et fémorales de ces muscles sont situées sur deux plans différents, et que les insertions fémorales embrassent le fémur qui a tourné en dedans, comme le tendon du biceps brachial embrasse le radius, quand l'avant-bras se trouve porté dans la pronation, il s'ensuit qu'ils doivent faire tourner le fémur en dehors et porter la tête fémorale en dedans; mais les efforts du carré crural et du grand fessier sont, comme ceux des muscles psoas, iliaque, etc., paralysés par la présence du rebord cotyloïdien.

Dans les luxations du fémur en dehors et en bas, et plus particulièrement dans celles en dehors et en haut, le membre est raccourci, de sorte que, si le fémur n'était pas tourné en dedans, tous les muscles de la cuisse devraient nécessairement se trouver relâchés. Mais cette rotation peut, jusqu'à un certain point, neutraliser, à l'égard des muscles de la cuisse, l'effet du raccourcissement du membre, et tendre la majeure partie de ceux-ci en entraînant en dehors leurs insertions fémorales. En effet, l'autopsie rapportée par Billard, d'Angers, nous a montré, malgré le raccourcissement du membre, les muscles psoas et iliaque excessivement tendus, à cause du déplacement du petit trochanter en dehors. Ainsi les adducteurs, la ligne âpre s'étant portée en dehors, le demi-tendineux, le demi-membraneux et le droit interne, le point de leurs insertions inférieures s'étant porté en arrière, le biceps crural, le condyle externe et la partie correspondante de la jambe s'étant portés en avant, deviennent rotateurs de la cuisse en dehors, et tendent à porter la tête fémorale vers la cavité cotyloïde. Le résultat est d'autant plus sensible que le

raccourcissement du membre est moins considérable ; et on conçoit très-bien, que, en faisant des tractions sur la cuisse placée dans l'extension, les muscles nommés doivent se tendre davantage, et tirer puissamment la tête fémorale contre le rebord cotyloïdien.

De sorte que, l'autopsie d'une luxation du fémur *en dehors* et *en bas* nous ayant fait trouver des muscles tendus, qui, en vertu de leur élasticité, tirent le membre *en dedans* et *en haut*, d'autres qui tendent à faire tourner la cuisse en dehors et à porter la tête fémorale *en dedans*, c'est-à-dire dans le sens précisément inverse à celui où le déplacement a eu lieu, on peut, je crois, tirer cette conséquence, que, sans le rebord cotyloïdien, la luxation se réduirait spontanément.

Voyons maintenant ce qui s'oppose à la réduction facile de la luxation du fémur dans la fosse ovale.

« Nous possédons, dit A. Cooper, dans la collection de l'hôpital Saint-Thomas, une excellente pièce anatomique de cette luxation, que j'ai disséquée il y a plusieurs années. La tête du fémur repose sur le trou ovale..... Les muscles pectiné et court-adducteur avaient été déchirés ; mais ils étaient réunis par une expension tendineuse. Les muscles psoas, iliaque, fessiers et pyramidal étaient dans un état de tension. »

Ce sont donc les muscles fessiers, psoas et iliaque, qui sont tendus, et qui, par leurs contractions, selon les auteurs, donnent lieu aux obstacles que l'on a à surmonter dans la réduction de cette luxation.

Mais remarquons que le déplacement a lieu en bas et en dedans, que les muscles nommés tendent, par leur élasticité, à porter la tête en haut et en dehors, et que, si cela

n'a pas lieu, c'est le rebord cotyloïdien qui s'y oppose exclusivement.

Ainsi, la plus simple inspection démontre, que, sans le rebord cotyloïdien, la moindre traction des fessiers reporterait la tête en dehors, en même temps que les muscles psoas et iliaque la feraient remonter, et, qu'en un mot, la réduction serait spontanée.

Nous allons voir que les obstacles qui contribuent à rendre difficile la réduction des luxations de l'humérus en avant sont les mêmes que ceux que nous venons de rencontrer dans les luxations du fémur.

M. Namara (*London medical Gaz.*, *t.* 2), ayant fait l'autopsie d'un individu mort à la suite d'une chute, laquelle lui causa en même temps une luxation, trouva que les muscles sous et sus-épineux étaient tendus.

Henry Thompson (*Med. obs. and inquiries*, t. 2), à l'autopsie d'un individu qui avait une luxation de l'humérus en avant, trouva que les muscles deltoïde, les sus et sous-épineux, mais particulièrement ces deux derniers, étaient excessivement tendus. La longue portion du biceps, fortement tendue et portée en dedans, décrivait une courbe très-prononcée. Cette disposition se rencontre toutes les fois que la longue portion n'est pas déchirée, ou que la gaîne n'est pas largement déchirée.

M. Malgaigne place parmi les muscles tendus dans ces luxations même le sous-scapulaire. Voici ce qu'il dit en parlant de la disposition de ces organes : Le deltoïde est fortement allongé; le sus et sous-épineux et le petit rond sont tendus sur la cavité glénoïde, et y appliquent étroitement la portion de la capsule restée intacte. Le sous-scapulaire passe par-dessus la tête humérale; interposé parfois entre

elle et l'apophyse coracoïde; il est le plus tiraillé de tous, et tend à amener la tête dans la fosse sous-scapulaire.

Mais je ferai remarquer que, de toutes les observations suivies d'autopsie que j'ai constatées, aucune ne fait voir que la disposition du sous-scapulaire soit telle que l'indique M. Malgaigne.

Sur sept observations rapportées par les traducteurs d'A. Cooper, et attribuées à Gregory Smith, quatre présentent le tendon du muscle en question complètement déchiré, et les trois autres seulement en partie. A. Cooper, dans une luxation du bras dans l'aisselle trouvée sur un matelot qui expira après l'accident, observa que les muscles tendus étaient les sus et sous-épineux, que le tendon du muscle pré-scapulaire était déchiré presque en totalité, et que le deltoïde était déprimé avec la tête de l'os.

Ce même auteur, sur une femme âgée de cinquante ans, affectée d'une luxation dans l'aisselle, trouva que le tendon du pré-scapulaire était rompu à son insertion à la petite tubérosité. C'est, effectivement, ce qui arrive le plus ordinairement : la tête humérale, poussée par l'effort qui est cause de la luxation, déchire en même temps que la partie antérieure de la capsule fibreuse, la totalité ou une portion du tendon du pré-scapulaire. Les mêmes traducteurs d'A. Cooper (p. 87), disent que le déplacement de l'humérus se faisant du côté du muscle pré-scapulaire, celui-ci doit être toujours relâché; c'est ce que je crois. Au surplus, si le muscle sous-scapulaire se trouve parfois tendu, il le devient par un léger mouvement de rotation de l'humérus en dehors, mouvement qui porte la petite tubérosité en dehors et la tête en dedans, et, par conséquent il doit agir comme le grand fessier.

Ce sont donc les muscles sus-épineux, sous-épineux, petit rond et deltoïde qui sont tiraillés et qui tendent à porter l'os déplacé en arrière et en haut, c'est-à-dire précisément dans le sens inverse à celui du déplacement et dans le sens même que doit parcourir la tête pour être réduite. En un mot, on retrouve ici le même obstacle constaté pour les luxations du fémur, savoir une éminence osseuse qui paralyse l'action des muscles mentionnés.

Mais est-ce à dire que les éminences osseuses s'opposent exclusivement à la réduction des luxations; qu'elles seules sont la cause de toutes les entraves qu'il faut surmonter dans ces opérations? Certes, en faisant abstraction de celles-ci, la réduction d'une luxation serait spontanée ; mais, dans la pratique, ne pouvant pas faire de pareilles abstractions, il faut convenir que tout ce qui entraîne les têtes articulaires contre le rebord des cavités contribue à produire les obstacles en question; or, comme les muscles agissent dans ce sens, il en résulte qu'ils ont leur part dans la production d'un semblable résultat.

Ainsi, des éminences osseuses d'un côté, qui heurtent contre les têtes articulaires déplacées, et, d'un autre, des muscles tendus qui poussent sans cesse celles-ci contre les mêmes éminences, voilà la cause complexe et essentielle des obstacles qui nous occupent. Il s'agit d'un véritable accrochement ou enclavement, et il ne pourrait exister en l'absence de l'une ou de l'autre de ces deux circonstances.

Par conséquent, dire avec les auteurs que la contraction musculaire est la cause des difficultés présentées par les réductions est inexact.

En outre, est-ce par une véritable contraction que les muscles s'opposent à la réduction des luxations?

Nous avons vu que le déplacement se fait dans le sens inverse à celui où les muscles prétendus contractés tendent à entraîner les os déplacés. Le déplacement tend à allonger et allonge en effet les muscles qui contribuent à la production de l'accrochement mentionné; mais, comme les muscles, lorsqu'ils se contractent, au lieu de s'allonger se raccourcissent, il faut convenir que, dans une luxation, ils sont tendus et non contractés, et que, dans la réduction de celle-ci, on aura à vaincre une tension et non une contraction.

Voici, au reste, un fait qui prouve jusqu'à la dernière évidence que c'est une distension purement passive des muscles, et non une contraction, qui contribue à la production des obstacles à surmonter dans les réductions. Il s'agit d'une luxation de l'humérus dans l'aisselle suivie de mort. « Je cherchai, c'est A. Cooper qui parle (p. 81), à opérer la réduction; mais la résistance étant au-dessus de mès forces, je voulus savoir d'où elle venait. Je divisai donc tous les muscles l'un après l'autre; je coupai le coraco-brachial, les grand et petit ronds et le sous-épineux; cependant la résistance demeura presque entièrement la même. Je crus alors que le deltoïde était la cause principale de l'insuccès de mes tentatives, et je mis ce muscle dans le relâchement en élevant le bras; mais je ne réussis pas davantage. Je divisai encore ce muscle, et je vis alors que le sus-épineux était le véritable obstacle à mes efforts. Portant alors le bras directement en haut, la tête de l'humérus glissa dans la cavité glénoïde. »

Dans ce cas, il s'agissait évidemment d'une tension purement passive due à l'éloignement de la tête humérale de l'insertion postérieure du sus-épineux et de son accrochement sous le rebord de la cavité glénoïde.

J'ai rapporté d'autant plus volontiers ce fait que certains auteurs ont affirmé que les contractions des muscles étaient la cause des obstacles en question, en se fondant sur la prétendue circonstance que sur les cadavres on ne rencontre pas les difficultés qui se présentent sur les vivants, lorsque l'on veut réduire une luxation.

Après avoir suffisamment prouvé par voie théorique que c'est un accrochement des os luxés qui rend difficile leur réduction, nous allons voir que les faits cliniques sont complètement en harmonie avec cette assertion. Nous verrons en effet que, partout où les éminences osseuses n'existent pas, la réduction présente à peine les obstacles rencontrés dans les déplacements des os fracturés; et que là au contraire où ces éminences sont très-prononcées, les obstacles sont des plus considérables.

Dans les luxations de l'extrémité sternale de la clavicule en avant ou en arrière, la réduction n'est pas plus difficile que celle de la fracture de ce même os. La difficulté unique que l'on a à surmonter dans cet accident consiste, comme pour la fracture, dans la presque impossibilité de maintenir la réduction.

Obs. I. Lemoine, âgé de 17 ans, est surpris par une voiture dans une rue étroite. Il se colle près du mur contre lequel la voiture le serre en lui poussant violemment l'épaule droite en avant et en dedans. A l'instant douleur extrême au bas du col, et violent accès de suffocation qui dure plus d'un quart d'heure. La dyspnée cesse peu à peu;

mais les mouvements du bras droit ne se rétablissent pas; le malade entre le huitième jour à la Charité, où l'on constate l'état suivant : les deux épaules sont à la même hauteur, mais la droite est plus rapprochée de la ligne médiane. L'extrémité interne de la clavicule est moitié cachée derrière le sternum, et la partie supérieure fait, par conséquent, saillie au-dessus de la fourchette de cet os. Cette tumeur se prononce davantage en avant, quand on porte l'épaule en arrière, elle s'élève et se dégage complètement de derrière le sternum, quand on abaisse l'épaule; elle revient *à sa place naturelle si on lève le bras en haut et en dehors*.

Le bandage de Desault est appliqué ; mais comme il se relâche, on le remplace par celui de M. Velpeau, qui maintient parfaitement la réduction (1).

Obs. II. Tareron, âgé de 39 ans, reçut, étant incliné vers la terre, un coup de timon de voiture sur la partie postérieure externe de l'épaule gauche ; le lendemain, il est assis dans son lit, soutenant le membre supérieur gauche demi fléchi, avec l'autre main. L'épaule est abaissée et rapprochée de la ligne médiane. L'extrémité interne de la clavicule a quitté sa place et forme une tumeur apparente au-dessus et un peu en avant de la fourchette sternale.

Si l'on porte l'épaule : 1° directement en dedans, l'extrémité luxée chemine, sans presque faire de relief, au-dessus de la fourchette sternale, derrière le chef interne du sterno-mastoïdien, et s'avance jusqu'à l'autre clavicule qu'elle croise de plusieurs millimètres en haut et en avant. Une très-légère pression suffit pour produire ce mouvement,

(1) *Rev. méd.*, 1840.

qui s'opère sans douleur; 2° obliquement en dedans et en arrière, la tête de l'os luxé descend en devant du sternum, jusqu'à l'autre clavicule qu'elle croise; 3° obliquement en avant, en dedans et en haut, la tumeur se déplace peu; 4° obliquement en dehors, en arrière et en haut, réduction facile par la plus faible traction, mais reproduction plus facile encore.

On porte le coude en avant, l'avant-bras fléchi et la main appliquée sur l'épaule saine, et *cette attitude qui produit la réduction*, est maintenue pendant 50 jours avec le bandage dextriné. Au bout de ce temps, on trouve l'extrémité de l'os gonflée, un peu portée en dedans et en haut, mais unie au sternum avec la plus grande solidité (1).

Obs. III. Une petite fille de 4 ans, était endormie dans un cabriolet, sur les genoux de son père, lorsqu'une diligence marchant dans le sens contraire, accrocha rudement et faillit renverser ce cabriolet. La secousse fut si forte, que l'enfant, éveillé en sursaut, eût peut-être été jetée à terre, si on ne l'eût retenue par le bras. On attribua d'abord à la seule frayeur les cris qu'elle fit entendre. L'enfant elle-même ne se plaignit d'aucune douleur pendant les premiers jours, et continua à se livrer à ses jeux; on remarquait seulement qu'elle se servait du bras gauche avec moins de facilité. Bientôt après, on aperçut une saillie très-prononcée à la partie supérieure de la poitrine. Cette saillie n'était autre chose que l'extrémité interne de la clavicule luxée en avant, ainsi qu'il me fut facile de le reconnaître au premier examen.

Il y avait déjà huit jours que cet accident avait eu lieu,

(1) *Revue médicale*, 1840.

lorsque je fus consulté. La tête de la clavicule, ayant complètement abandonné la facette articulaire du sternum, appuyait sur la partie antérieure de cet os, et formait une saillie grosse comme la moitié d'une noix environ, mobile et indolente. Cette saillie disparaissait facilement, si, d'une main appliquée à la partie interne et supérieure du bras, je tirais l'épaule en dehors, tandisque avec le pouce de l'autre main, je pressais sur la tumeur elle-même ; mais elle reparaissait dès que ces efforts cessaient. Il était évident que les ligaments avaient été déchirés, puisque la clavicule, chevauchant sensiblement sur le sternum, jouissait, dans cette nouvelle place, d'une mobilité remarquable. MM. Marjolin, Dubois et Boyer furent consultés, et constatèrent l'existence de la luxation (1).

M. Thon Macfortane, chirurgien de l'infirmerie royale de Glascow, fait l'histoire (*Gaz. Méd.* 1837) d'une luxation de l'extrémité sternale de la clavicule en haut et en arrière, arrivée chez un cultivateur robuste, où dit-il, l'on réduisit le déplacement en appliquant l'appareil de Desault.

Ainsi pour la réduction des luxations en question, on n'éprouve pas plus de difficulté que pour réduire le déplacement qui a lieu dans les fractures de la clavicule. Dans les observations recueillies à la Charité, dans le service de M. Velpeau, on pouvait faire déplacer la tête sternale de la clavicule, dans presque tous les sens, exclusivement en vertu des mouvements imprimés au moignon de l'épaule, et la réduire par ce simple mécanisme. Dans les observations 1, 3, la réduction fut pratiquée huit jours après l'accident, tout aussi facilement que si la luxation avait été

(1) *Archives gén. de méd.* T. XIX, page 53.

très-récente. Cependant les muscles qui s'attachent à cet os déplacé sont assez nombreux et assez énergiques pour opposer à la réduction une résistance considérable ; et si cela n'a pas lieu, il faut nécessairement l'attribuer à l'absence d'une des dispositions nécessaires à la production de l'accrochement, savoir à celle des éminences osseuses.

On rencontre la même facilité pour réduire les luxations en haut de l'extrémité acromiale de la clavicule ; M. Sédillot, *(Gaz. Méd.* 1833*)* parle d'une luxation de ce genre ; M. Malgaigne *(Gaz. Méd.* 1836*)* parle d'une deuxième, et, pour réduire ces deux luxations, ces deux chirurgiens n'eurent qu'à appliquer l'appareil de Desault.

La clavicule, ne pouvant pas s'accrocher avec l'acromion, ne peut pas offrir de difficultés pour la réduction.

Il arrive la même chose pour les luxations du tibia en avant ou en arrière des condyles du fémur, lesquelles, malgré les appréhensions de beaucoup de chirurgiens, qui, se fondant sur le nombre et la puissance des muscles qui entourent ce membre, les croyaient immensément difficiles à réduire, ne présentent pas de difficultés véritables, et, parmi les différentes catégories de luxations, appartiennent à celles que l'on réduit le plus facilement.

L'extrémité supérieure du tibia, en se portant derrière les condyles du fémur, adapte son angle extérieur dépourvu d'éminences, dans la grande fosse inter-condiloïdienne ; et le fémur ne lui opposant pas de rebord, elle peut s'y glisser assez facilement, quoique les muscles extenseurs de la jambe, qui sont excessivement tendus, la portent fortement en avant, et tendent, pour ainsi dire, à l'enfoncer dans le creux poplité.

Quand même l'extrémité supérieure du tibia, au lieu de

se mettre en rapport avec la fosse inter-condiloïdienne, se porterait sur l'un ou l'autre condyle du fémur, il ne pourrait pas y avoir d'accrochement; car alors il s'agirait d'une surface à peu près égale, ou d'un bord qui glisse sur une sphère, disposition très-favorable pour la réduction.

Quand la jambe se luxe en avant, elle vient s'appliquer sur la gorge de la poulie condiloïdienne, et elle ne saurait pas s'y accrocher, quoique les muscles fléchisseurs, étant tendus, la portent violemment contre cette même gorge. De sorte que ni les luxations en arrière, ni celles en avant ne peuvent pas présenter d'obstacles sérieux à la réduction.

Les faits suivants vont confirmer cette assertion.

Obs. IV. — *Luxation du tibia en avant.* (Bul. gén. de chirur. 1834). — Au mois de février 1834, une femme de soixante ans, revenait le soir d'un pays voisin par un temps très-froid et de très-mauvais chemins : la marche devenue très-difficile par le dégel qui commençait, en fatiguant à l'excès cette femme, qui portait un fardeau assez lourd, eut bientôt épuisé ses forces déjà compromises par un état assez marqué d'ivresse. Elle glisse dans un fossé assez profond. La secousse imprimée au corps la jetta en avant sur le revers du fossé, dont le niveau atteignit la partie moyenne des cuisses, et les fémurs supportèrent seuls l'effort de la chute; ils furent chassés en arrière, et le gauche, surmontant la résistance des liens de l'articulation, abandonna la surface articulaire de la jambe, et, glissant en arrière et en bas, alla se loger dans le mollet. Le docteur Gardé, appelé auprès de cette femme, reconnut facilement la nature de l'accident et se hâta d'y re-

médier avant qu'aucun engorgement ne vînt rendre plus difficile la réduction qui se fit avec une *facilité surprenante ;* la malade n'accusa que peu de douleur avant et pendant l'opération.

L'auteur de cette observation pense que la fatigue, la faiblesse et l'état d'ivresse de la malade, furent cause de la facilité étonnante avec laquelle la réduction fut obtenue.

Obs. V. — *Luxation du tibia en avant.* (*G. méd.* 1834.) —Benjamin Constant, se promenant à la campagne sur un plan très-incliné fit une chute. Le poids du corps poussa la partie inférieure de la cuisse en bas et en arrière, tandis que le pied posant sur le sol portait la jambe en avant, il en résulta une luxation complète du genou droit. Les deux condyles du fémur étaient placés entre les os de la jambe et les muscles du mollet ; l'extrémité supérieure du tibia, recouverte de la rotule et des téguments, faisait saillie en avant. Il y avait raccourcissement considérable du membre. Prévenu, dit M. Louyer-Villermay, de cet accident, je me transportai de suite chez M. Dupuytren, et nous nous rendîmes à Meudon, où nous trouvâmes près du malade le docteur Aubœuf, chirurgien très expert, qui avait reconnu la maladie. Nous fûmes chargés tous les deux de l'extension et de la contre-extension, et notre grand chirurgien opéra la réduction avec *autant de facilité que de promptitude.* On s'en étonnera peu, si l'on se rappelle que le malade, d'une taille élevée et d'une charpente en apparence très-forte, était cependant d'un tempérament très-lymphatique et très-peu robuste.

Tous ses amis furent enchantés du peu de douleur qu'il avait témoigné.

Obs. VI. — *Luxation incomplète du genou en arrière.* (*G. méd.* 1836.) — Un homme âgé d'une quarantaine d'années tomba du haut d'une échelle; il se luxa complétement le genou droit en dehors et en arrière. La réduction (dit M. Lisfranc), *en a été très-facile, ainsi* que cela a presque toujours lieu dans cette articulation. Le membre a été placé dans la position rectiligne, et le genou enveloppé de compresses trempées dans une liqueur résolutive. Le malade a été saigné; la réaction cependant a été très-vive; on l'a combattue par des saignées générales et des applications émollientes locales..... Le malade guérit parfaitement.

Obs. VII. — *Luxation du tibia en arrière.* (*Gaz. méd.* 1835. — (Le 33 août 1833, dit M. Blanchard, je fus appelé par la femme Menu : elle était âgée de trente-cinq ans, douée d'une forte constitution, et, ayant engagé son pied dans un décrotoir assez haut pendant qu'une voiture la poussait contre cet instrument, elle avait eu la jambe luxée derrière le fémur.

Je vis la malade une demi-heure après l'accident. Le genou était très-déformé ; on reconnaissait à travers la peau toutes les proéminences osseuses articulaires : en avant, l'extrémité inférieure du fémur; au-dessous de celle-ci la rotule, tirée fortement en arrière, présentait son bord supérieur, devenu extérieur et proéminent; plus bas, un enfoncement où l'on ne sentait rien ; en arrière, l'extrémité supérieure du tibia qui occupait le creux du jarret. La jambe était raccourcie et dirigée obliquement d'arrière en avant. Je procédai immédiatement à la réduction. On fit l'extension et la contre-extension ; j'étais prêt pour faire la coaptation ; mais à peine le tibia avait dépassé le niveau

des condyles du fémur, qu'il se réduisit spontanément, brusquement et avec bruit. La malade guérit complétement.

M. Gerdy (*Arch. gén. de méd.* 1835), parle d'un cas de luxation de la jambe en avant et en dedans, dont la réduction fut très-facile.

MM. Chassaignac et Richelot (*Loco citato*), rapportent un cas de luxation du tibia en avant dont la réduction fut extrêmement facile. Voici comment l'auteur, à qui appartient cette observation, s'exprime : «Tant de liens avaient dû être rompus que cette opération (la réduction), se fit avec une facilité étonnante et presque sans douleur.

A. Cooper rapporte deux observations de luxation du genou en avant dont la réduction fut, comme à l'ordinaire, très-facile. Voici ce que dit le docteur Roogood, auquel appartient un des deux faits cités par l'habile praticien anglais : « C'était une luxation complète du tibia en avant, et l'aspect du *membre était si effrayant que je désespérai d'obtenir la réduction, qui, à ma grande surprise, offrit peu de difficultés.* »

Dans toutes les observations précédentes, la réduction a été tellement facile que les chirurgiens en étaient complétement étonnés; et, pour s'en rendre raison, on les voit invoquer tantôt la taille élevée et la faible constitution de leurs blessés, tantôt l'épuisement de leurs malades produit par la fatigue et par l'ivresse, tantôt, enfin, les déchirures des muscles et des ligaments qui environnent l'articulation.

Je ne dirai rien des deux premières assertions; car des luxations arrivées chez des individus forts, vigoureux, à constitution athlétique, et non épuisés par des fatigues, n'ont pas présenté plus de difficulté pour la réduction que celles qui ont affecté des sujets placés dans des conditions

opposées. Mais pour ce qui concerne le déchirement des muscles, comme cause de facilité pour les réductions en question, il faut faire quelques remarques.

Dans les luxations de la jambe en arrière, par exemple, les muscles qui peuvent contribuer à rendre difficile la réduction, ce sont les extenseurs, en portant fortement ce membre contre le fémur; or ceux-ci, au lieu de se déchirer, se trouvent excessivement tendus, et ils ne manqueraient pas de mettre des entraves à la réduction, s'ils avaient, comme les fessiers, à surmonter un rebord cotyloïdien, si, comme les sus et sous-épineux, ils avaient à surmonter un rebord glénoïdien, ou bien, s'il existait au genou une disposition particulière comme au coude dans la luxation de l'avant-bras en arrière, à l'examen de laquelle je passe immédiatement.

Voici ce que A. Cooper a observé dans une autopsie d'une luxation du coude en arrière.

« J'ai eu occasion, dit-il, de disséquer une luxation compliquée de cette articulation, dans laquelle le cubitus et le radius étaient portés en arrière; la pièce anatomique est conservée dans la collection de l'hôpital Saint-Thomas. L'apophyse coronoïde du cubitus occupait la cavité olécrânienne, et l'olécrâne faisait saillie à la partie postérieure du coude, à un pouce et demi au-dessus de sa position ordinaire; le radius était placé derrière le condyle externe de l'humérus, et l'humérus était porté au-devant de l'avant-bras, à la partie inférieure duquel il formait une saillie considérable. Le ligament capsulaire était rompu extérieurement dans une grande étendue, et le ligament annulaire était intact. Le biceps était un peu tiraillé, par suite du déplacement du radius en arrière : quant au bra-

chial antérieur, il était fortement tendu à raison du déplacement de l'apophyse coronoïde. »

Dans cette luxation, l'éminence coronoïde va se placer, comme cela est démontré par la pièce anatomique d'A. Cooper, dans la cavité olécrânienne; le rebord de la cavité articulaire du radius, derrière le condyle externe du cubitus, et ces deux éminences sont fortement enclavées dans les endroits cités par les muscles brachial antérieur et biceps, qui, étant très-tendus, portent fortement l'avant-bras en avant. Ici il existe donc un véritable accrochement, et la réduction doit être très-difficile, surtout lorsque l'on fait des tractions parallèles à l'axe longitudinal des deux os déplacés, tractions qui, en tendant davantage le brachial antérieur et le biceps, augmentent la fixité de l'apophyse dans la cavité olécrânienne, et du rebord radial derrière le condyle externe de l'humérus.

Le biceps brachial étant, dans ces cas, relâché, ne peut opposer aucune résistance.

Je ne pense pas que la pratique puisse démentir cette assertion, savoir, que les luxations de l'avant-bras en arrière sont très-difficiles à réduire. Quant à moi qui, pendant mon internat dans les hôpitaux de Sienne, ai observé deux de ces luxations, je puis dire qu'elles ne purent pas être réduites quoiqu'elles fussent récentes. En outre, si l'on examine les annales de la science, on y trouve bon nombre de ces déplacements restés irréduits.

Il peut se faire, cependant, que ces luxations soient parfois faciles à réduire; et cela arrive quand elles se compliquent de la fracture de l'apophyse coronoïde, ou bien, comme dans le cas rapporté par J. L. Petit (maladie des os), lorsque les muscles brachial antérieur et biceps sont dé-

chirés. Mais cela est parfaitement conforme aux principes que je cherche à établir.

Tout le monde connaît les difficultés que l'on rencontre dans la réduction des luxations de l'astragale, difficultés qui parfois sont insurmontables. Voici comment MM. Chassaignac et Richelot s'expriment à ce propos :

« Plusieurs circonstances peuvent déterminer l'irréductibilité de l'astragale ; d'abord son enclavement qui peut avoir lieu soit par l'enclavement du col dans l'échancrure scaphoïdo calcanéenne, lors de la luxation en dedans, soit parce que l'espèce d'onglet que l'astragale présente en arrière, au-dessous de la poulie, vient arcbouter contre la surface articulaire inférieure du tibia (Dupuytren dit avoir vu un cas irréductible de ce genre), ceci aurait lieu dans le cas de luxation en avant ; soit enfin parce que dans la luxation de la tête de l'astragale en dehors, le col de l'os viendrait s'enclaver entre la malléole externe située en avant de la surface articulaire postérieure et supérieure du calcanéum, ou bien par l'enclavement du bord latéral externe de la poulie entre le tibia et la plus antérieure des deux facettes que présente le calcanéum supérieurement. »

Pour cette luxation, comme on voit, plusieurs auteurs ont pensé que les causes des obstacles présentés par la réduction pouvaient être dus à un enclavement ou accrochement de l'éminence que l'on rencontre dans les os déplacés: il faut cependant convenir, que, si, même dans ce cas, il n'existait pas de muscles tendus qui pussent rapprocher fortement le pied du tibia, ou le tirer énergiquement d'un côté ou d'un autre, ce résultat ne pourrait pas avoir lieu ; car, encore une fois, s'il est vrai de dire que deux os qui se déplacent et qui ne présentent pas d'éminences près de leurs

surfaces articulaires, ne peuvent pas offrir de difficultés pour la réduction, il est vrai aussi qu'il faut des muscles tendus, comme le prouve le fait mentionné de J. L. Petit, pour que ces mêmes éminences soient poussées les unes contre les autres, de manière à donner lieu à un véritable accrochement.

C'est aussi un véritable accrochement de l'extrémité supérieure de la premiere phalange du pouce, et de l'extrémité inférieure du premier métacarpien qui rend difficile et même parfois impossible la réduction de ces deux os lorsqu'ils se déplacent. B. Bell (t. VI, p. 145), était complétement de cet avis ; mais je reviendrai sur ces luxations lorsqu'il sera question de leur traitement.

Ainsi, après avoir vu que la contraction musculaire, laquelle dans certaines fractures opère des déplacements des fragments, ne présente nullement des obstacles à leur réduction ; que dans la luxation d'un os, le déplacement a lieu dans le sens inverse à celui où les muscles prétendus contractés l'entraîneraient et l'entraînent en effet après le décrochement ; que dans les luxations des os qui ne présentent pas d'éminences à leurs surfaces articulaires capables de s'arrêter les unes les autres, la réduction est facile, et que, au contraire, dans les déplacements des os qui présentent ces éminences, la réduction est difficile, et, parfois même impossible, il me sera permis, je crois, d'établir : 1° que ce n'est pas la contraction musculaire qui occasionne les obstacles qui s'opposent à la réduction des luxations ; 2° que les muscles ne sont pas véritablement contractés, mais tendus ; 3° que leur tension tend à reporter l'os déplacé dans sa cavité normale ; 4° enfin, que cette tension ne peut devenir un véritable obstacle à la réduction que

lorsque une éminence quelconque vient se placer dans le chemin que l'os luxé doit parcourir pour reprendre sa position normale, et qu'en un mot, la cause, qui produit les obstacles dont il est question est complexe, et consiste dans un véritable accrochement des os luxés.

Mais outre cette disposition particulière, les réductions peuvent présenter d'autres obstacles dus à des circonstances accidentelles, comme l'étranglement d'un os, produit par des tendons, ou bien par des fibres musculaires ; comme le retrait de la capsule fibreuse, retrait qui boucherait complètement la cavité articulaire ; comme le changement complet des rapports normaux d'un os déplacé, etc.

Les faits suivants vont donner la preuve de la vérité de ce que je viens de dire.

Obs. viii. (*The London Med. Gaz.*) En 1838, on apporta à l'infirmerie du comté de Dublin, un ouvrier qui était expirant. Les personnes qui l'avaient apporté racontèrent qu'étant occupé à creuser dans les fondations d'une maison, un pan de muraille était tombé sur lui, et qu'il avait été trouve la tête ensevelie sous les décombres. Le blessé ne survécut pas plus de deux heures.

Autopsie. Indépendamment des lésions de la tête qui avaient causé la mort, on trouva l'humérus droit luxé dans l'aisselle. Le tissu cellulaire de cette région qui était largement ecchimosé, formait une espèce de capsule embrassant étroitement la tête de l'humérus qui était située sur le bord axillaire du scapulum, ou plutôt sur son col. La tête de l'os, en s'échappant de la cavité articulaire avait refoulé en bas le petit rond, et traversé la partie inférieure du muscle préscapulaire, dont un certain nombre de fibres embrassaient étroitement le col de l'os, tandisque la masse du muscle

était repoussée en haut et détachée de la surface interne du scapulum. La courte portion du biceps et le coraco-brachial décrivaient une convexité en dehors et en avant sur le col de l'humérus, tandisque la longue portion du triceps croisait le col huméral obliquement en arrière. Cet étranglement de la tête de l'os devenait apparent quand on exerçait une traction sur l'avant-bras. Alors le biceps et le triceps s'appliquaient en arrière contre la tête de l'humérus et s'interposaient entre elle et la cavité glénoïde. Le tendon de la longue portion du biceps était resté dans sa coulisse, qui était un peu déchirée ; le ligament capsulaire avait été séparé du col de l'humérus, en avant et en bas : les tendons des muscles sus et sous-épineux et petit rond avaient été arrachés de la grande tubérosité.

On voulut s'assurer d'où venaient les obstacles qui s'opposaient à leur réduction, et l'on constata qu'en pratiquant des tractions sur l'avant bras, dans la supination, l'étranglement mentionné augmentait et retenait l'humérus immobile; mais en mettant la main dans la pronation *et en imprimant un mouvement de rotation en dedans à tout le membre, la réduction se faisait très-facilement.*

M. Lisfranc (*Gaz. Méd.* 1836.) rapporte une observation d'une luxation de l'humérus datant de quatre mois : celle-ci fut réduite ; mais quelques heures après le malade mourut à cause d'une apoplexie foudroyante. A l'autopsie on trouva que la capsule fibreuse primitive s'était froncée sur la cavité glénoïde, et qu'elle la recouvrait complètement.

M. Adoir Lawrie (*London Med. Gaz.* 1837) rapporte les résultats de l'autopsie d'une luxation ancienne du pouce. L'extrémité supérieure de la première phalange s'était portée en arrière, vers le bord interne du métacarpien correspon-

dant; l'extrémité supérieure de celui-ci proéminait en avant. Le ligament antérieur avait été déchiré à son insertion sur le métacarpien; le postérieur avait été poussé en arrière et paraissait intact; le ligament latéral externe était en partie déchiré, et ce qui restait était fortement tendu ; le ligament latéral interne était sain. Les muscles extenseurs poussés fortement en arrière, étaient excessivement tendus sur l'extrémité supérieure de la phalange. Le muscle abducteur était poussé en arrière, et il était légèrement tendu. L'opposant était à peine déplacé. La tête du métacarpien était passée à travers les deux portions du court fléchisseur.

Il résulte de ces faits que des tendons, en se croisant, peuvent étrangler un os déplacé, comme une boutonnière tirée par les deux extrémités étranglerait un corps qui y serait engagé; qu'un muscle qui se laisse perforer (comme le court fléchisseur dans la luxation en arrière du pouce,) peut produire ce même étranglement; et qu'enfin le retrait d'une capsule fibreuse, de manière à boucher une cavité articulaire, peut contribuer aux obstacles que l'on doit surmonter dans les réductions. On conçoit, en outre, que, si un os en se déplaçant, perd complètement tous ses rapports normaux, comme l'astragale lorsqu'il tourne sur lui-même, cette circonstance puisse donner lieu à des obstacles insurmontables. Il arrive aussi quelquefois qu'un fragment d'os, s'interposant aux deux os luxés, produit des sobstacles très-considérables.

Ainsi dans toutes les luxations qui présentent des difficultés pour la réduction, outre la présence inévitable de l'accrochement, il peut accidentellement exister des obstacles que je viens de mentionner.

Dans un second mémoire, je parlerai des conséquences

pratiques qui découlent de ce que je viens de dire, et je décrirai quelques prpcédés pour la réduction de différentes luxations.

DE LA VALEUR DES SIGNES,

FOURNIS PAR L'AUSCULTATION DANS LE DIAGNOSTIC DES PRÉSENTATIONS ET POSITIONS DU FOETUS PENDANT LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT.

Par les docteurs DEVILLIERS fils et CHAILLY (Honoré),

Ancien chef de clinique d'accouchements de la Faculté de Paris.

(Imprimée par décision de la Société de médecine de Paris.)

(*Suite et fin.*)

Présentation de la face.

Mento-iliaque droite postérieure. — L'observation 81 offrit un résultat assez singulier de l'auscultation. Le premier examen fit entendre les battements dans le côté droit de l'abdomen et aux environs de l'ombilic, puis à gauche depuis ces derniers points jusqu'à la fosse iliaque; leur summum existait sur deux points bien distincts en dehors et à droite de l'ombilic puis vers la fosse iliaque gauche; on sentait dans la région lombaire droite et supérieure un corps volumineux, et quelques mouvements, et d'autres plus violents dans la région supérieure gauche; enfin, la femme éprouvait un sentiment de pesanteur et quelques mouvements vers le segment inférieur et antérieur de l'utérus. Le second examen eut lieu huit jours après et pen-

dant le travail ; les battements doubles s'entendaient dans la région inférieure droite et dans la région supérieure gauche avec une intensité à peu près égale ; l'éloignement de ces bruits et la grande superficie qu'ils occupaient, joints aux siéges variés des mouvements et au développement considérable du ventre, nous firent penser, pendant les deux examens, qu'il s'agissait d'une grossesse double, bien que nous n'eussions pu constater ni défaut d'isochronisme, ni différence dans la quantité des battements, et cependant le toucher et la terminaison donnèrent un seul enfant en mento-iliaque droite postérieure réduite.

La position de ce fœtus avait évidemment changé dans l'intervalle des deux examens. Mais chaque fois elle avait été telle, que l'on avait pu entendre les battements sur un grand nombre de points, même opposés à là fois et avec une intensité à peu près egale. Il faut évidemment admettre ici que les parties étaient disposées de telle sorte qu'elles favorisaient singulièrement la propagation du son, et que dans le dernier examen les battements s'entendaient à peu près aussi bien sur la partie supérieure du tronc fœtal que sur les parties voisines de l'extrémité pelvienne, cause d'erreur qui peut s'offrir dans quelque cas rares.

Présentation de l'extrémité pelvienne.

(*Position sacro-iliaque gauche.*) — Sur trois observations de sacro-iliaques gauches antérieures, le summum ne se fit entendre qu'une seule fois dans la région supérieure gauche chez le n° 82, dont la forme du ventre nous aida en outre à porter un diagnostic exact.

Le n° 85 présenta le summum sur l'ombilic même où l'on sentait ainsi que dans l'épigastre un corps résistant et ar-

rondi. Mais d'autres saillies nous laissèrent dans l'incertitude de savoir si nous avions affaire à une présentation de l'extrémité pelvienne ou de l'épaule.

L'observation 86 présenta des circonstances très remarquables. Il existait chez cette femme un commencement de travail. Examinée pour la première fois à 8 heures du matin, on entendit très distinctement les battements dans toute la région droite de l'abdomen et à leur summum sur la ligne transversale. Rien à gauche. Le même résultat fut obtenu qnelques heures après pendant les fortes douleurs. Une tumeur ronde bien résistante se faisait sentir dans la région supérieure gauche, puis on sentait encore une partie assez semblable au dos à droite. D'après l'auscultation surtout nous crûmes pouvoir diagnostiquer une sacro-iliaque droite; mais au même moment, c'est-à-dire après la dilatation complète, le toucher vint rectifier notre jugement et nous fit reconnaître un sacro-iliaque gauche un peu antérieure qui en effet eut lieu. N'est-il pas bien remarquable qu'ici jusqu'au dernier moment les battements doubles se soient fait entendre bien distinctement seulement dans le côté droit de l'abdomen, tandis que la terminaison montra que le fœtus devait se trouver surtout dans la région gauche et supérieure; le palper seul nous indiqua un corps résistant et rond dans ce dernier endroit, mais il en laissait sentir un autre tout aussi volumineux, et que nous prîmes pour le dos, dans le côté droit, *là même* où nous entendions si bien les battements du fœtus; du reste nous avons déjà fait observer que, pendant le travail, les contractions et la tension de l'utérus peuvent tromper le palper ne l'empêchant de distinguer exactement les parties du fœtus.

Position. Sacro-iliaque droite. — Cette position s'est offerte trois fois sur lesquelles l'auscultation ne s'est trouvée qu'une fois en défaut. En effet elle indiqua deux fois le summum dans la région supérieure droite; mais dans la troisième observation nous le trouvâmes dans la région inférieure droite et en avant, ce qui nous fit supposer que ce devait être une occipito-iliaque droite antérieure. Or, on retrouve ici les mêmes causes d'illusion que pour les présentations du sommet, c'est-à-dire que le degré plus ou moins grand d'engagement de l'extrémité pelvienne, d'étroitesse ou de largeur du bassin, modifient la hauteur à laquelle doivent se trouver les battements au summum.

En résumé l'on voit que le diagnostic des présentations de l'extrémité pelvienne offre les mêmes difficultés que celui des présentations du sommet, et que de plus leur peu de fréquence, relativement à ces dernières, doit surtout mettre en garde et demande la plus grande réserve.

Grossesses doubles.

Deux grossesses doubles seulement se sont offertes à notre examen. Dans la première (obs. 88), les battements doubles étaient également sensibles dans toute la hauteur de l'abdomen et il était impossible de placer leur summum sur un point quelconque, mais en comptant les pulsations nous en trouvâmes 140 à gauche et 136 seulement à droite; il y avait défaut d'isochronisme entre les deux côtés; nous pûmes donc affirmer qu'il y avait grossesse double sans cependant pouvoir désigner en aucune manière dans quelle

position devaient se trouver les deux fœtus. En effet, peu de jours après, l'accouchement donna deux jumeaux, l'un en position sacro-iliaque gauche postérieure réduite, l'autre en occipito-iliaque gauche antérieure.

Nous ne fûmes pas aussi heureux pour l'observation 89. Chez cette femme les battements doubles s'entendaient, il est vrai, dans presque toute la périphérie de l'abdomen; mais on distinguait leur summum sur l'ombilic et dans l'hypogastre et il ne fut pas possible de constater le défaut d'isochronisme des battements de chaque côté de l'abdomen. De plus la forme du ventre, qui n'était pas fort développé, écarta alors pour nous l'idée d'une grossesse double et nous fit penser que l'utérus contenait un fœtus en position occipito-pubienne; car nous avons vu plus haut que dans ces positions les battements s'entendaient des deux côtés de la ligne blanche, jusqu'à une certaine hauteur, et que leur summum se trouvait placé dans le prolongement de cette même ligne, que dans d'autres occasions aussi il nous était arrivé de trouver les battements sur la majeure partie de la surface abdominale, circonstance qui nous avait fait porter un faux jugement, parce qu'il n'existait qu'un seul fœtus. Mais ici il en fut autrement et l'accouchement se termina pour l'un des jumeaux en occipito-iliaque gauche antérieure, et l'autre en sacro-iliaque gauche.

Ainsi dans l'un de ces deux cas l'étendue des battements, la forme et le volume du ventre, surtout le défaut d'isochronisme des battements en divers points nous firent porter un diagnostic exact sur la multiplicité des fœtus, mais sans pouvoir déterminer leur position; et dans l'autre cas

nous fûmes trompé par les circonstances que nous avons relatées plus haut et celle même qui aurait pu nous faire juger assez exactement la position de l'un des deux fœtus, c'est-à-dire par la présence du summum sur la ligne blanche.

Signes négatifs.

Fœtus morts dans l'utérus. — Enfin chez deux femmes enceintes l'une de 7 mois et demie, l'autre à terme (Observations 90, 91), et chez plusieurs autres dont nous avons négligé de transcrire ici les observations ; l'auscultation ne nous fit reconnaître ni bruit de battements doubles, ni bruit de souffle.

Ces signes négatifs fournis par l'auscultation nous mettaient sans doute sur la voie pour diagnostiquer la mort du fœtus ; mais, nous rappelant que, dans une circonstance il nous avait été impossible de distinguer les battements doubles quoique le fœtus fût vivant, nous ne crûmes pas devoir nous en rapporter à l'auscultation seule, ni au palper qui ne pouvait rien nous indiquer. Aussi en interrogeant ces différentes femmes, nous apprîmes que depuis quelque temps elles avaient cessé de sentir les mouvements de leur enfant; que la première avait déjà avorté au terme de 7 mois et demi; qu'elles éprouvaient des malaises, des nausées, des pesanteurs dans le bas-ventre, etc., etc., etc.; et enfin que certaines circonstances pouvaient avoir été la cause de la mort de leur enfant. Aucun doute ne resta donc plus dans notre esprit: en effet le diagnostic se trouva bientôt confirmé.

Nous allons terminer ces observations particulières par un court résumé de celles qui ont été faites sur les 43

femmes dont les détails de l'accouchement nous sont restés inconnus. Quoique fort incomplètes sous ce dernier rapport, elles nous fourniront cependant quelques faits intéressants à noter et qui ont aussi leur utilité pratique.

Parmi ces 43 femmes l'examen nous a porté à diagnostiquer :

25 Positions occipito-iliaques gauches, antérieures.
1 id. occipito-iliaque gauche, postérieure.
10 id. occipito-iliaques droites, antérieures.
2 id. occipito-pubiennes.
1 Présentation de l'épaule.
1 id. du tronc.
1 Position sacro-iliaque gauche.
2 Tour à tour sacro-iliaque droite et gauche et occipito-iliaque droite et gauche.
1 Tour à tour occ.-iliaq. droite puis occ.-iliaque gauche.
2 Grossesses doubles.

Enfin chez deux autres il fut impossible de déterminer d'une manière exacte la position que le fœtus pouvait occuper.

Le summum des battements doubles se fit entendre
22 fois dans la région inférieure gauche.
10 id. dans la région inférieure droite.
2 id. dans la région supérieure gauche.
1 id. dans la région inférieure droite.

Ici comme dans d'autres observations le palper et le siége des mouvements actifs du fœtus sont venus en aide à l'auscultation. Mais nous n'avons pu distinguer les positions postérieures des antérieures que dans des cas fort

rares et seulement d'après des signes bien positifs. Ainsi toujours même difficulté.

Chez une femme primipare le fœtus était si mobile que les battements se faisaient entendre tantôt à gauche tantôt à droite, tantôt en avant. Chez une autre à terme, le premier examen donna les battements dans la région inférieure droite et le summum à droite de l'ombilic ; la forme du ventre et le siége des mouvements nous firent écrire occipito-iliaque droite; 3 jours après le summum et les battements se rencontraient dans la région inférieure gauche. La position avait donc changé bien près du terme de l'accouchement.

Le toucher vint plusieurs fois nous éclairer sur la valeur de notre diagnostic, d'abord chez une femme enceinte seulement de 7 mois et demi et dont nous jugeâmes le fœtus en occipito-iliaque droite, ce qui avait lieu en effet.

Une autre qui nous offrait d'abord les battements à gauche de l'ombilic, et chez laquelle, par les moyens accessoires nous avons cru pouvoir diagnostiquer une sacro-iliaque gauche antérieure, fut touchée et le fœtus présenta le sommet en occipito-iliaque gauche antérieure.

Un cas s'accompagna de circonstances curieuses. L'examen fait huit jours avaut l'accouchement, fit reconnaître les battements à droite de l'ombilic dans l'hypogastre et à leur summum vers la partie inférieure de la région inférieure droite. On sentait un corps volumineux à droite, de petites éminences dans la région supérieure gauche, puis des mouvements assez forts en bas et à gauche. Ce devait donc être une occipito-iliaque droite antérieure. Mais lorsque peu d'instants après, nous revînmes auprès de cette femme pour l'examiner de nouveau, tout se trouva changé : les batte-

ments étaient devenus plus sensibles sur la ligne blanche et au-dessus de l'ombilic, dans la région supérieure gauche et beaucoup moins à droite.

Que pouvait être devenue la première position ? Le toucher vaginal nous fit reconnaître à travers le segment inférieur de l'utérus de petites extrémités qui étaient les pieds en sacro-iliaque droite. Nous remarquâmes alors que chez cette femme le fœtus était assez mobile pour pouvoir être déplacé avec la main à travers les parois abdominales. Il paraît évident d'après tous ces détails que le fœtus avait pu en fort peu d'instants changer non seulement de position, mais même de présentation : en effet il n'est pas encore fort rare de le voir exécuter non seulement un mouvement de rotation sur son axe et qui change sa position, comme on l'a déjà observé, mais même un mouvement de culbulte qui change sa présentation.

Une femme offrait les battements doubles dans toute l'étendue de l'abdomen et leur summum à droite de l'ombilic. Il existait une dépression sur la ligne blanche, et les mouvements se faisaient entendre dans les régions supérieures droite et gauche. Ce pouvait être une grossesse double, mais les battements nous paraissant tous isochrones nous opinâmes pour une occipito-iliaque droite. Tout ce que nous pûmes savoir, c'est que cette femme accoucha d'un seul enfant en position inconnue.

C'est en vain que nous cherchâmes à distinguer les battements doubles sur une femme enceinte d'environ 4 mois et demi. Mais nous pûmes entendre très bien le bruit du souffle au-dessus de la ligne transversale, et dans les deux

régions supérieures, quoique l'utérus ne fût guère parvenu qu'à la hauteur de l'ombilic.

RÉSUMÉ.

Il résulte pour nous de ces observations que :

L'auscultation seule peut dans bon nombre de circonstances permettre de constater les présentations et de discerner les positions droites des positions gauches du fœtus, mais presque jamais elle ne peut faire distinguer les positions antérieures des postérieures du même côté, si du moins on s'en tient strictement aux signes qu'elle fournit.

Afin d'arriver à des résultats plus certains, en général il faut qu'elle soit aidée par d'autres procédés tels que le palper et l'appréciation du siége des mouvements actifs du fœtus, qui peuvent faire reconnaître d'une manière plus exacte les présentations et positions de celui-ci.

Mais dans l'exploration il ne faut jamais oublier que ces trois moyens réunis peuvent aussi bien dans les présentations et positions rares, que dans celles qui sont les plus communes et que par conséquent on s'attend presque toujours à rencontrer, faire porter quelquefois un diagnostic faux de tous points ; en effet notre expérience nous a démontré que :

Les changements de présentations et de positions du fœtus dans la matrice peuvent avoir lieu plus souvent et plus rapidement qu'on ne l'a prétendu, et non seulement pendant le dernier mois de la gestation, mais même à un moment très rapproché de l'accouchement. Dans ces cas le fœtus peut exécuter deux mouvements : l'un de simple rotation plus ou moins complète sur son axe et qui change

sa position, l'autre beaucoup plus rare sans doute, de véritable culbute et qui modifie la présentation.

Ces changements, comme on le pense bien, font varier à l'infini le point où s'entend le summum d'intensité des battements du cœur, la forme des parties accessibles à la main, le siéges des mouvements actifs du fœtus et peuvent, si l'on n'y prend garde, faire porter un diagnostic au moins fort incertain.

De plus, dans les présentations de la tête, le summum d'intensité peut s'entendre au-dessus de la ligne transversale et faire croire alors à l'existence d'une présentation de l'extrémité pelvienne.

Cette élévation du summum dépend dans ce cas ou de ce que la tête, volumineuse, reste au dessus du détroit supérieur, ou de ce que ce détroit rétréci s'oppose à son engagement, ou enfin de ce qu'elle se présente dans une situation qui empêche son engagement prématuré.

De même dans les présentations de l'extrémité pelvienne, le summum des battements peut s'entendre au dessous de la ligne transversale, quand les fesses ont pu s'engager prématurément, etc., etc.; et alors on peut être conduit à diagnostiquer une présentation du sommet. Enfin si l'auscultation, conjointement avec les moyens accessoires, peut en thèse générale faire diagnostiquer assez exactement les présentations de l'extrémité céphalique et de l'extrémité pelvienne, on est obligé de reconnaître l'obscurité et même l'incertitude complète des signes qu'ils fournissent, dans les diverses variétés que peuvent offrir ces deux présentations générales, telles que les variétés frontales, latérales, celles de la face, etc., etc., dans les diverses présentations du tronc, et *fort souvent* dans les positions soit

ne pas s'en rapporter à l'auscultation seule dans le diagnostic et pour l'aider par d'autres moyens.

Cette nécessité doit d'autant mieux se faire sentir pour les élèves et les praticiens, qu'ils savent qu'on ne saurait tirer quelque parti de l'exploration stéthoscopique sans une très grande habitude que tout le monde ne peut ou n'a pas le temps d'acquérir, et on doit se trouver convaincu de la difficulté de son application dans la grossesse lorsque l'on voit le père lui-même de l'auscultation médicale, LAENNEC, dire dans sa deuxième édition, page 526 :

« L'étude des bruits obstétricaux exige incomparablement « plus d'attention que celle de tous ceux que présentent les « maladies de la poitrine. »

Bruits de souffle.

Dans le cours de ce travail il n'a été fait aucune mention du bruit de souffle, quoique nous ayons pris soin de le noter sur nos tableaux.

C'est que nous avons bientôt remarqué qu'il ne pouvait nous être d'aucune utilité dans le genre d'exploration auquel nous nous livrions, et que du reste nous n'avions rien de bien nouveau à en dire. Cependant voici le résumé des observations que ce bruit nous a fournies.

Dans les positions occipito-iliaques gauches du fœtus, il s'est montré presque aussi fréquemment dans le côté gauche que dans dans le côté droit de l'abdomen; il en a été de même pour les occipito-iliaques droites: dans les autres positions il ne nous a rien offert de particulier.

Il ne nous a pas paru s'offrir sur une plus grande surface dans les grossesses doubles que dans les simples.

Quelques unes de celles-ci au contraire nous l'ont pré-

senté sur un assez grand nombre de points à la fois. En général nous l'avons rencontré plus fréquemment dans la région inférieure gauche que dans la droite, dans celle-ci que dans la région supérieure gauche, dans cette dernière que dans la supérieure droite.

Quant au summum d'intensité de ce battement, il a eu son siège beaucoup plus souvent dans la région inférieure gauche que partout ailleurs. Souvent nous avons trouvé le bruit de souffle mélangé avec celui des battements cardiaques. Souvent il nous a paru changer de place; quelques fois il a été tellement fugitif que nous n'avons pu lui assigner ni un caractère ni un siége déterminé; enfin dans bon nombre de cas nous ne sommes pas parvenus à le découvrir pendant notre exploration, quelle que fût la position de la femme et celle du fœtus. Nous avons observé que l'on pouvait à l'égard des vaisseaux dans lesquels se produit le bruit de souffle utérin, obtenir les mêmes résultats que sur les artères des chlorotiques; ainsi une pression modérée augmente quelquefois le souffle, tandis qu'une forte pression l'empêche souvent de se produire.

Nous ne chercherons pas à analyser ici les différentes variétés de bruit de souffle, telles que bruit de râpe, cri de tourterelle, etc., etc., que l'on doit attribuer, suivant nous, aux mêmes causes que les bruits musicaux qui se font entendre dans les autres artères du corps humain, et qu'il est quelquefois possible d'exprimer par des notes de musique, comme un de nous l'a fait dans le service de M. Bouillaud.

Ainsi, suivant nous :

1°. On ne peut saisir aucun rapport constant entre le siège et l'intensité du bruit de souffle et la position de l'enfant dans l'utérus.

manique, et que je ne pus laisser sans réponse. Cette doctrine est celle que Descartes a enseignée, et, après lui, un grand nombre de philosophes. Elle est donc éminemment française. Quant aux physiciens modernes, ils ne s'en éloignent guère ; et s'ils ne l'enseignent point dans leurs livres; il faut reconnaître qu'ils n'entendent point, par ce silence, le condamner tout à fait. Leur rôle est limité : ils se bornent à étudier les phénomènes lumineux dans leurs rapports avec les milieux qui les modifient plutôt que dans leurs rapports avec l'appareil nerveux de la vision sans lequel ils n'existeraient point ; ils n'éprouvent pas le besoin de s'élever à l'examen d'un problème qui, disent-ils, touche de trop près à la métaphysique. Qu'on veuille néanmoins y réfléchir et qu'on nous dise ce que deviennent les sons sans l'appareil auditif, ce que devient la température sans l'appareil tactile. Ils deviennent ce que sont le plaisir et la douleur, considérés en dehors de la sensibilité animale. Mais ne discutons point cette difficile question ; analysons plutôt l'ouvrage remarquable de M. Szokalski.

On considère toujours la lumière comme la source unique et indispensable des couleurs, et la découverte des sept rayons colorés du spectre solaire a tellement fait accréditer cette opinion, que la question des couleurs a paru longtemps jugée. Dans son livre, M. Szokalski s'est proposé de revendiquer les droits de la physiologie et de la faire intervenir dans l'étude des phénomènes lumineux désignés sous le nom de couleurs. Il considère les couleurs comme des sensations ; il développe les lois de ces sensations dans l'état physiologique de l'organe visuel ; il fait de plus connaître les modifications que subissent ces lois, sous l'influence des agents morbifiques.

Il existe, indépendamment de la lumière, un certain nombre de causes qui ont la propriété de donner lieu à la sensation des couleurs. Par exemple :

1° *L'irritation mécanique.* Qui ne sait qu'une légère compression, celle, par exemple, qui est exercée sur l'angle externe d'un œil, produit une tache jaune dans le même angle de l'œil opposé, s'il est fermé, et une tache bleue, s'il est ouvert? C'est une expérience qui est à la portée de tout le monde.

2° *Le galvanisme.* La pile galvanique produit non seulement une espèce d'éclair devant les yeux, mais encore la sensation de différentes couleurs, selon la différente application des pôles. Quand on met le pôle zinc dans la bouche, et que l'on applique en même temps le pôle cuivre au milieu du front, on aperçoit devant les yeux une tache de couleur violette; si on change le pôle, la tache devient jaune.

3° *L'imagination.* L'activité spirituelle agit sur l'organe de la vision, chez certaines personnes, de telle manière que, sous l'influence de la pensée, l'image d'un objet se dessine nettement devant elles avec la couleur et les formes qui les distinguent dans la réalité; Gœthe et Newton ont offert deux exemples frappants de ce singulier phénomène. Le premier assure que, quand il fermait les yeux et qu'il pensait à une fleur, cette fleur se présentait aussitôt devant lui. Newton, ayant observé trop long-temps le soleil, ne pouvait penser à cet astre sans qu'il se présentât immédiatement devant ses yeux éblouis, et cela, dans l'obscurité la plus profonde. Cette hallucination somnieuse l'incommoda beaucoup, et exigea qu'il s'imposât de grands efforts de volonté pour la combattre. Le même fait qui se

produit ainsi exceptionnellement, lorsque l'intelligence est intacte, se produit habituellement chez un grand nombre d'aliénés. C'est ce qui a fait distinguer les hallucinations en sensoriales et intellectuelles.

4° *La congestion, l'irritation sympathique, l'inflammation*, etc., de l'organe visuel provoquent aussi des sensations de couleurs.

Après avoir rappelé ces faits, M. Szokalski n'hésite pas à formuler les deux propositions suivantes :

1° C'est dans nos yeux, ou plutôt dans l'appareil nerveux de la vision que se produisent les couleurs.

2° La différence des couleurs repose, en général, sur la diversité des changements apportés ou survenus dans la rétine, sous l'influence d'un agent extérieur ou d'une cause intérieure.

C'est ainsi que les couleurs, qui ont pris dans la science un caractère de phénomènes réels et susceptibles des plus rigoureuses analyses mathématiques, deviennent dans la pensée de l'auteur des phénomènes conditionnels, susceptibles de se manifester indépendamment du monde extérieur. En d'autres termes, les couleurs ne sont point des phénomènes objectifs, c'est-à-dire, des phénomènes extérieurs à l'organe qui en est impressionné; elles constituent des phénomènes subjectifs, c'est-à-dire, des phénomènes propres à cet organe et à l'activité spirituelle qui, chez l'homme, les perçoit. Voici les expériences sur lesquelles M. Szokalski appuie sa doctrine.

Première expérience. Mettons un morceau carré de papier blanc sur un fond noir, éclairons ensuite le tout par une lumière blanche, et fixons attentivement les regards sur le carré en nous plaçant de manière que la lumière ne

frappe pas directemrnt nos yeux ; après quelques instants, si nous persistons à regarder fixément ce papier, il changera de couleur, il nous paraîtra jaune ; si nous poussons encore plus loin notre expérience, le papier deviendra verdâtre, puis bleu, et, à la fin, il cessera d'être visible.

Il est évident que la rétine, exposée pendant quelque temps à l'action de la lumière subit le sort réservé à tous les organes nerveux qui supportent l'action prolongée d'un stimulant. Elle se fatigue, ses forces s'affaiblissent, la névrosité s'épuise (1), et alors la lumière blanche, au lieu de produire la sensation accoutumée, se fait sentir sous la forme de différentes couleurs qui diminuent graduellement d'intensité. Le blanc devient *jaune*, ensuite *vert*, puis *bleu*, et enfin *noir*. Cette expérience réclame un peu de persévérance; mais le résultat en est positif.

Deuxième expérience. Faisons entrer un rayon solaire dans une chambre obscure, de manière à ce qu'il tombe sur un écran blanc; après avoir tenu pendant quelque temps le regard fixé sur l'image lumineuse du soleil, fermons, sans détourner les yeux, la petite ouverture par laquelle entrait le rayon ; nous verrons encore au même endroit l'image lumineuse; mais, sa couleur, de blanche qu'elle était deviendra bientôt *orangée ;* cette tache orangée, plus claire au milieu que dans sa circonférence, commencera bientôt à s'entourer d'un cercle *rouge* qui augmentera peu à peu de largeur et s'approchera par degrés du centre. A peine y sera-t-il arrivé qu'un nouveau cercle viendra paraître à la circonférence ; et comme le précédent,

(1) J'ai proposé une théorie de ce phénomène d'épuisement dans mon ouvrage sur *Les fonctions et les maladies nerveuses*, pages 325—380.

tendra vers le centre; lorsqu'il y est arrivé, il s'efface insensiblement et il devient de plus en plus foncé la couleur *noire* lui succède, et l'image lumineuse s'efface dans l'obscurité.

Nous voyons dans cette expérience de quelle manière la rétine excitée revient à son état normal, quand l'épuisement ne dépasse pas certaines limites. Dans le premier instant, la totalité de l'impression persiste, et ensuite la rétine en se reposant, en revenant à l'inaction, parcourt certains états qui se traduisent par les couleurs *orange*, *rouge*, *violet*, etc.

Troisième expérience. — Changeons maintenant de mode d'expérimentation, en employant un procédé inverse. Après avoir, comme précédemment, reçu pendant un certain temps dans notre œil, l'impression de la lumière tombant sur l'écran également placé dans une chambre obscure, ouvrons les volets, laissons pénétrer la lumière dans l'appartement, en continuant toujours de regarder l'écran. Tout à coup le point lumineux, de blanc qu'il était dans l'obscurité paraîtra *noir* à la *lumière*, puis *bleu*, mais plus foncé au milieu qu'à la circonférence; ce bleu sera remplacé par le *vert* sale qui s'efface peu à peu en s'approchant du centre: celui-ci sera suivi de jaune qui lui-même s'effacera bientôt dans la clarté du jour.

On voit que la rétine, surexcitée et d'abord près de s'épuiser, revient bientôt à son état d'excitation normale, en s'élevant progressivement dans la série de la gamme chromatique.

Quatrième expérience. — Maintenant réunissons ces deux dernières expériences afin d'en obtenir un résultat précis. Mettons dans une chambre obscure un écran blanc et un

écran noir, l'un à côté de l'autre, faisant tomber un rayon lumineux sur le premier seulement, et après que nos yeux en auront reçu pendant quelque temps l'image, ouvrons les volets. En portant successivement nos yeux d'un écran sur l'autre, nous verrons sur l'écran noir la série des couleurs que nous avons obtenues dans la seconde expérience, et sur l'écran blanc celles que nous avons obtenues dans la troisième, c'est-à-dire, qu'une tache blanche sur l'écran noir en cause une correspondante noire sur le blanc ; l'orangé, le rouge, le violet, sur l'un, deviendront bleu, vert, jaune sur l'autre, jusqu'à ce qu'enfin la rétine, revenue à son état primitif, nous laisse voir les écrans avec leurs couleurs naturelles. Si nous mettons les deux écrans en contact, on verra les deux moitiés de l'image sous deux différentes couleurs. On peut obtenir les mêmes résultats si l'on regarde pendant quelques instants le couchant du soleil, et si l'on promène ensuite les regards sur les nuages blanc et noirs.

D'après cette expérience, voici la série des couleurs correspondantes aperçues sur les deux écrans :

Écran noir.	*Écran blanc.*
Blanc,	Noir,
Orangé,	Bleu,
Rouge,	Vert,
Violet,	Jaune,
Noir,	Blanc.

Cinquième expérience. — Plaçons un morceau de papier jaune sur un fond blanc, et après l'avoir regardé fixement, ôtons-le sans détourner les yeux ; la sensation de la vision n'aura pas disparu ; mais à la place du morceau de papier

jaune, nous en verrons exactement l'image en violet. La même chose arrivera, si nous plaçons le morceau de papier jaune sur un fond noir, avec cette différence toutefois, que dans ce cas, la couleur violette de l'image sera plus foncée, si, au lieu de papier jaune, nous prenons du papier rouge, nous obtiendrons une image verte. Sur du papier rouge, l'image nous apparaîtra bleue, toujours avec la différence que la couleur de l'image sera plus claire sur le fond blanc que sur le fond noir.

Ces expériences, qu'il serait possible de multiplier et de varier de mille manières, ne démontrent-elles pas la *subjectivité* des couleurs? Les couleurs sont donc des sensations produites en nous comme le sont toutes celles qui résultent de l'intervention des appareils sensoriaux.

Mais ces appareils ne se bornent pas aux organes externes ou périphériques. On y distingue aussi un organe interne ou central et un organe de transmission. En d'autres termes, il y a, dans la sensation, un phénomène complexe, l'impression périphérique et l'intervention du cerveau auquel cette impression a été transmise. M. Szokalski tient compte de cette intervention cérébrale dans le phénomène de sa vision, et il la formule à peu près en ces termes?

La perfection des couleurs dépend absolument et exclusivement du cerveau. La rétine ne fait que subir les modifications que le cerveau perçoit sous l'aspect de couleurs.

Je repousse ces mots dont on abuse tant parmi les médecins; *le cerveau perçoit;* et je regrette que M. Szokalski s'en soit servi pour exprimer l'intervention dans la *distinction* des couleurs, de l'activité intellectuelle se manifestant au moyen du cerveau. Le langage a des lois qu'il faut res-

pecter; car ces lois sont en même temps celles de la logique. Ne pourrais-je pas demander, en même temps, à M. Szokalski, s'il ne confond pas dans une seule et même idée le cerveau considéré comme organe de *perception*, et la portion de l'encéphale considérée comme l'organe central de l'appareil visuel? Cette question, que nous adressons ici à M. Szokalski, nous la soumettons aussi à MM. les physiologistes, et surtout à MM. les pathologistes qui s'occupent de l'aliénation mentale: car, les uns et les autres me semblent faire sans cesse la même confusion.

Quoi qu'il en soit, le rôle du cerveau, dans la sensation des couleurs, l'emporte sur celui de la rétine. Je m'explique; la sensation des couleurs n'a jamais lieu sans cerveau, ou si le cerveau a suspendu ses fonctions, alors même que la rétine serait à l'état normal, si le cerveau sain du malade accomplit ses fonctions, la sensation des couleurs peut avoir lieu, alors même que la rétine serait paralysée ou détruite. Il y a des exemples de personnes dont les yeux étaient complétement détruits, et qui cependant avaient quelquefois des visions si vives qu'elles croyaient réellement apercevoir les objets. On connaît d'ailleurs la douleur qui survit à un membre amputé.

Les impressions nouvelles, qui sont occasionnées par les phénomènes lumineux, ne prennent donc que dans notre esprit le caractère de couleurs considérées dans le monde extérieur, les couleurs n'existent pas par elles-mêmes. Considérées dans l'appareil visuel, périphérique et central, elles ne sont que des modifications diverses de la matière nerveuse, impressionnées par l'action variée et très-variable des agents lumineux externes et internes. Considérées dans l'esprit qui les perçoit, qui les nomme,

qui les discerne, elles acquièrent cette existence réelle qui en fait un des sujets les plus importants de la physique. Tels sont les termes qui nous semblent les plus propres à exprimer les inductions générales qui ressortent de l'analyse physiologique à laquelle s'est livré notre confrère. Pour ceux qui voudraient approfondir cet intéressant sujet, il est un livre que je dois mentionner ici ; c'est le remarquable ouvrage de M. Chevreul, intitulé : *Du Contraste simultané des couleurs*. Dans un ouvrage qu'il prépare en ce moment, le savant académicien nous montrera toutes les conséquences métaphysiques auxquelles cette étude des couleurs l'a conduit. Ce nouvel ouvrage sera intitulé : *De l'abstraction*.

Abordons maintenant l'étude des couleurs dans leurs rapports avec l'état pathologique de la vision.

Si les couleurs sont des sensations, il devient aisé de concevoir les anomalies que ces sensations présentent chez quelques individus; on sait qu'il en est qui ne peuvent jamais voir une des couleurs du prisme; qu'il en est d'autres pour lesquels une couleur se transforme en une autre. Ces anomalies s'expliquent par des conditions héréditaires congénitales ou acquises de l'appareil nerveux de la vision.

M. Szokalski a recueilli plus de cent cinquante observations d'insensibilité congénitale pour une ou plusieurs couleurs. Il en a formé cinq catégories :

1° Il est des individus qui ne connaissent que le blanc et le noir.

2° Il en est qui distinguent le blanc, le jaune et le noir.

3° Il en est qui ont la sensation du blanc, du jaune et du noir, et qui en éprouvent une quatrième destinée à rem-

placer celles du bleu et du jaune éprouvées par les autres hommes.

4° Il en est qui sont insensibles à la couleur rouge.

5° Il en est qui distinguent les cinq couleurs primitives, et qui ne sont point impressionnés par les couleurs composées.

D'après les observations de l'auteur, ces anomalies de la vision sont souvent héréditaires, et elles se propagent de génération en génération, principalement par l'intermédiaire des femmes, quoique, en général, les hommes y soient plus disposés. Il croit pouvoir ajouter qu'elles affectent de préférence les nations de souche germanique : les Allemands, les Anglais, les Hollandais, les Flamands, les Suédois, etc.

L'insensibilité, pour une ou plusieurs couleurs, n'est pas toujours congénitale. Elle peut se produire sous l'influence des causes morbifiques. On désigne cette maladie sous le nom d'*achromatopsie*. Elle débute toujours, selon M. Szokalski, par l'insensibilité pour le rouge, et par la confusion de cette couleur avec le vert. Quand elle fait des progrès, c'est la sensation du bleu qui commence à s'effacer, de sorte que les malades ne peuvent plus apprécier que le blanc, le noir et le jaune; et, si cette dernière couleur n'est plus sentie, on peut être certain que les autres ne tarderont pas à subir le même sort.

L'observateur démontre que la sensation des couleurs, une fois perdue, revient, lorsqu'on est assez heureux pour la recouvrer, d'une manière analogue. Les malades commencent à distinguer le jaune, ensuite le bleu et les composés du bleu et du jaune, c'est-à-dire le vert; mais ils ne sont point capables de distinguer cette couleur du

l'état cataleptique, et ayant alors porté la main à la région épigastrique, il observa que son visage prenait une expression de douleur. Il appuya alors la bouche sur le creux de l'estomac, et adressa à la malade plusieurs questions auxquelles elle répondit juste. Dans cette première séance, M. Duvard fit, pendant une heure et demie, de nombreuses expériences, desquelles il crut pouvoir conclure *qu'il y avait transport des cinq sens à l'épigastre.* Pendant deux mois, il a renouvelé tous les jours, et souvent plusieurs fois par jour, les mêmes expériences, en présence de nombreux témoins. En voici le sommaire :

La sensibilité était nulle dans les téguments et les parties sous-jacentes, pour toutes les parties du corps, excepté le creux de l'estomac, la paume des mains et la plante des pieds. Si l'on plaçait le bouton d'une bouteille de Leyde chargée sur les parties qui avaient conservé leur sensibilité, la malade faisait un violent saut, et quelquefois se réveillait momentanément ; mais elle restait immobile quand on déchargeait la bouteille sur toute autre partie du corps.

Le sens de l'ouïe paraissait nul quand on cherchait à exciter l'oreille : ainsi, quelque bruit qu'on fît près de la malade, et même contre ses oreilles, rien n'indiquait qu'elle entendît ; tandis que, si l'on agitait une sonnette sur une des régions qui avaient conservé leur sensibilité, son visage faisait voir qu'elle entendait ce bruit. Si on lui parlait en posant les lèvres sur une de ces parties, elle entendait tout ce qu'on lui disait, même quand on parlait assez bas pour que les paroles ne pussent arriver jusqu'à ses oreilles. Il n'était pas nécessaire, pour que la malade entendît ce qu'on lui disait, qu'il y eût contact immédiat entre les lèvres de la personne qui lui parlait et la

région sensitive à laquelle cette personne s'adressait ; souvent M. Duvard a fait usage d'un long bâton, d'une verge de fer, placés comme conducteurs du son entre sa bouche et le pied de la malade, qui l'entendait très-bien, quoiqu'il parlât souvent tellement bas que les personnes situées entre la tête de la malade et lui ne pouvaient entendre ce qu'il disait. De même si, tenant une de ses mains dans une des siennes, de manière à ce que la paume d'une main fût en contact avec celle de l'autre, M. Duvard lui parlait en appuyant la bouche sur son bras, mademoiselle Mélanie entendait ce qu'il disait ; mais elle ne l'entendait pas quand il répétait l'expérience en appuyant les lèvres sur le bras du côté opposé.

Les réponses de la malade aux questions qui lui étaient adressées pendant qu'elle était dans l'état cataleptique étaient pour le moins aussi justes que celles qu'elle aurait pu faire si elle eût été éveillée, souvent même elles l'étaient davantage, car il semblait qu'alors sa mémoire fût meilleure ; mais jamais aucune de ses réponses n'a indiqué que la malade eût cette clairvoyance que quelques magnétiseurs attribuent *à leurs compères somnambules*.

Le goût et l'odorat étaient nuls, quand on cherchait à stimuler les organes au moyen desquels ces deux sens s'exercent habituellement ; mais ils étaient très-développés dans les régions sensitives.

Ainsi, on pouvait mettre sur la langue des objets sapides, d'un goût agréable ou désagréable, sans que rien indiquât que la malade les goûtait ; et l'on pouvait remplir les narines de tabac, d'assa fœtida, ou placer sous le nez un flacon d'éther, de vinaigre radical, d'ammoniaque concentré, sans qu'elle fit aucun mouvement. Si, au contraire, on plaçait sur une des régions sensitives une petite quantité d'un corps sapide, la malade en percevait la sa-

veur presque immédiatement, et son visage indiquait si c'était de son goût ou non.

Lorsqu'on la questionnait sur la nature du corps ainsi soumis à son examen, elle le nommait si elle le connaissait, et disait que c'était bon ou mauvais; si elle ne le connaissait pas, elle indiquait *l'effet produit sur les organes du goût*. Ainsi, M. Duvard lui ayant mis plusieurs fois dans la main des pastilles de gingembre, qu'elle ne connaissait pas, elle lui dit toujours que c'était mauvais, *que cela lui brûlait* LA LANGUE *et* LA GORGE, ce qui la faisait tousser.

Lorsqu'on plaçait contre la plante du pied le goulot d'un flacon d'ammoniaque, elle se plaignait de la mauvaise odeur qui, presque aussitôt, la faisait tousser; tandis qu'elle restait immobile si l'on versait quelques gouttes du liquide sur la jambe, même quand on l'y laissait assez longtemps pour produire la vésication de la peau.

Bien que les résultats de ses premières expériences eussent porté M. Duvard à croire qu'il y avait transport de la vision, aussi bien que des autres sens, il s'est ensuite convaincu qu'il n'en était pas ainsi, et que ce qu'il avait considéré comme l'effet de la vision n'était que le résultat d'une sensibilité tactile excessivement développée.

L'électro-magnétisme a été le seul moyen qui ait semblé avoir de l'influence sur les accès d'hystérie et de catalepsie. Dès le premier jour que la malade fut soumise à ce traitement, les accès d'hystérie et surtout ceux de catalepsie, devinrent moins fréquents et moins longs, et après trois semaines elle fut quelquefois 24 heures sans éprouver aucun accès.

M. Duvard présente cette observation comme un exemple *bien constaté* de catalepsie *avec transport des sens*. Nous ne croyons pas pouvoir admettre cette inter-

prétation des faits. Les résultats des premières expériences de M. Duvard l'avaient porté à croire qu'il y avait chez sa malade transport de la vision au centre épigastrique, à la paume de la main et à la plante des pieds; il s'est ensuite convaincu qu'il n'en était pas ainsi, et que ce qu'il avait considéré comme l'effet de la vision n'était que le résultat d'une sensibilité tactile excessivement développée. Ne pourrions-nous pas dire du transport des autres sens ce que M. Duvard a dit de celui de la vision? Bien que les résultats de ses expériences semblent, au premier abord, nous porter à croire qu'il y a eu transport de l'ouïe, de l'odorat et du goût, cependant un examen sérieux nous donne la conviction qu'il n'en était rien.... Ainsi pour ne nous arrêter qu'à un fait : M. Duvard ayant mis plusieurs fois dans la main de sa malade des pastilles de gingembre qu'elle ne connaissait pas, elle lui dit toujours que c'était mauvais, *que cela lui brulait la langue et la gorge.* — Supposons ce fait bien constaté; admettons que M. Duvard ne s'est pas trompé ou n'a pas été trompé; lui qui traite si cavalièrement les magnétiseurs et leurs compères les somnambules, nous pardonnera sans doute cette supposition.

Eh bien! dans ce cas même, nous ne voyons pas la nécessité d'admettre un transport du sens du goût pour l'expliquer; que dis-je, nous pensons que l'admission et le transport du goût rend le fait plus inexplicable encore. —Car enfin si cette jeune personne a goûté *par la paume de la main* le gingembre, comment n'a-t-elle pas dit *que cela lui brulait la main*, et comment a-t-elle dit au contraire *que cela lui brûlait* LA LANGUE *et* LA GORGE? Car si le gingembre appliqué dans la main lui a brûlé la langue, on ne peut expliquer ce phénomène qu'en admettant que quelque atôme de gingembre a été porté in-

térieurement ou extérieurement de la main de la malade à sa langue. Or, comme le transport extérieur de quelque atôme de gingembre est plus facile à s'effectuer que son transport intérieur, et que, d'une autre part, il est plus facile à concevoir que le transport merveilleux du sens du goût à la paume de la main, nous opinons pour le transport extérieur de quelque atôme de gingembre, qui de la paume de la main aura été porté sur l'organe ordinaire du goût.

Quant aux phénomènes en apparence merveilleux qu'a présentés le sens de l'ouïe, ils sont bien plus faciles à concevoir, et leur explication n'exige nullement que l'on admette le transport du sens de l'ouïe. — *Natura non facit saltum*, la nature ne bondit pas ainsi ; elle procède d'une manière plus simple que notre imagination, qui se complaît toujours dans le merveilleux.

Le sens de l'ouïe paraissait nul chez la malade quand on cherchait à exciter l'oreille ; ainsi, quelque bruit qu'on fît près d'elle, et même contre ses oreilles, rien n'indiquait qu'elle entendît, tandis que, si l'on agitait une sonnette sur la région épigastrique, elle entendait ce bruit. — Que conclure de ce fait ? Que Mlle Mélanie n'entendait pas par l'oreille, mais par la région épigastrique, comme le pense M. Duvard ? Non, il faut en conclure, pour rester dans la déduction immédiate du fait, que la jeune personne n'entendait que lorsque la région épigastrique était impressionnée. Au reste, ce fait, je l'ai expérimenté, non pas une fois, mais cinquante fois peut-être, soit chez des épileptiques, soit chez des femmes hystériques, soit même, et cela très souvent, chez des personnes en syncope à la suite d'une saignée. J'ai vu très souvent, dis-je, qu'en leur criant très fortement à l'oreille, ils n'entendaient, rien et qu'au contraire il suffisait de

leur parler d'une voix ordinaire et même d'une voix basse, pour qu'ils entendissent lorsqu'on appliquait la main ou seulement un doigt sur la région épigastrique. Un jour, en passant rue de Grenelle, je vois un jeune homme tomber comme foudroyé sur le trottoir. On le relève, on le porte dans la cour d'une maison voisine. — Son corps était agité de violentes convulsions, une bave épaisse s'échappait de sa bouche. — Les convulsions cessent, mais le malade est toujours sans connaissance. L'éther et la percussion cadencée sur le dos de la main, moyens très puissants en pareil cas, sont inutiles. — Je lui applique la main sur le creux de l'estomac, et lui dis: ouvrez les yeux — et les yeux s'ouvrent immédiatement, et il recouvre ses sens. Comment a agi la main sur la région épigastrique? En impressionnant l'organisme sur un point où la sensibilité s'était conservée et même concentrée, et en le modifiant de telle manière que l'oreille, qui n'était pas sensible au son, y est devenue sensible. — Il n'y a pas eu transport du sens de l'ouïe par suite d'une impression faite sur la région épigastrique. On conçoit que dans le cas où la sensibilité s'est conservée ou concentrée dans la paume de la main et la plante des pieds, le même phénomène doit se produire quand on impressionne soit la paume de la main, soit la plante des pieds. — Le phénomène ainsi considéré et apprécié perd de son merveilleux et n'est plus qu'un phénomène tout simple, ce qui ne l'empêche pas d'être digne de tout notre intérêt.

A. Ferrand de Missol.

Archives générales de médecine. (Juin 1842.)

Observation de phlébite du foie, par M. Ernest Lambron. — L'obscurité qui règne sur les fonctions et les sympathies du foie et sur le mécanisme de sa circulation, répand naturellement un doute profond sur la plupart des maladies de cet organe. Mais si, dans l'ensemble des maladies, il est souvent difficile de distinguer celles qui lui appartiennent, à plus forte raison devient-il presque impossible d'établir le diagnostic différentiel de chacune des affections du foie en particulier. Jusqu'ici, par exemple, on n'est point encore parvenu à assigner les caractères précis des phlegmasies isolées des veines hépatiques, bien que dans les autres régions les symptômes des inflammations des veines soient maintenant assez exactement déterminés. Cette incertitude est doublement fâcheuse : car la manifestation équivoque des phénomènes morbides dans l'origine fait qu'on peut porter un pronostic trop favorable, et négliger l'emploi d'une médication énergique, à laquelle seule le salut des malades est alors attaché.

Dans tous les cas, c'est l'autopsie qui a révélé l'existence de la maladie qu'on avait méconnue pendant la vie ; et sous ce rapport les faits rapportés par M. Lambron, ne se distingueraient point des précédents, si l'auteur, par l'examen approfondi des phénomènes fonctionnels, n'eût essayé d'en faire sortir quelques données pour se reconnaître dans ce dédale. Ces faits, au nombre de deux, ont, par une remarquable coïncidence, été observés en même temps à la Pitié.

Dans le premier, il s'agit d'une phlébite de la veine-porte, occasionnée par la présence d'une arête qui, de

l'estomac, sans doute, dont elle a traversé les membranes, est venue s'implanter et faire saillie dans le tronc de la mésentérique supérieure. Le malade, âgé de 69 ans, d'une constitution assez forte, entra le 4 juin 1841 à l'hôpital. Il avait jusque-là présenté pour tous symptômes quelques troubles dans les fonctions digestives. Alors le malade fut pris de frissons irréguliers, d'envie de vomir et d'insomnie. Le pouls est normal; le foie n'est point volumineux, pas sensible à la pression. La douleur se fait sentir par exacerbations et sous forme de douleur continue; les jours suivants, la teinte ictérique se prononce, le pouls s'élève, et la fièvre survient par accès irréguliers. Vers la fin, le malade tombe dans la prostration, et il meurt le 29 juin dans la nuit. Pour arrêter les accès fébriles, on lui avait administré, à plusieurs reprises, du sulfate de quinine; mais ce fut inutilement.

Autopsie. — Le cadavre n'a point augmenté de volume; sa couleur est jaune-verdâtre. Les conduits biliaires sont sains, mais la veine-porte contient une grande quantité de matière lie de vin. En pénétrant dans les divisions mésentériques de cette veine, on rencontre, sur un de ses troncs, une arête qui, implantée dans la tête du pancréas, traverse la veine de part en part. Sa longueur est de trois centimètres; sa grosseur, celle d'une forte épingle. On ne peut assigner à quel poisson elle appartient. Au niveau de ce corps étranger, la veine est oblitérée par des pseudo-membranes grisâtres qui sont très adhérentes. Dans les ramifications au-dessus, la veine est saine, mais remplie de caillots sanguins. Nul doute que cette arête n'ait pénétré par l'estomac; on trouve en effet un point brunâtre à l'estomac, correspondant à une des extrémités de l'arête. En dedans du

mal, s'ils avaient osé pénétrer plus avant dans la substance cérébrale. Tel est encore le cas qui fait le sujet de cette observation.

Une jeune domestique de cabaret, dans une rixe entre des buveurs, reçoit un coup de bouteille sur la partie latérale et supérieure du front. Il en résulte une vaste plaie très-contuse, au centre de laquelle les os se montrent à nu. Certaines portions d'os se nécrosent, et on retire plusieurs esquilles. La plaie pourtant, après un long temps, finit par se cicatriser. Entrée le 9 décembre 1841, dans le service de M. Blandin, la malade semble en effet guérie au 13 janvier suivant; mais la guérison n'est qu'apparente. Il reste une douleur locale, qui ne fait qu'augmenter, arrache des cris plaintifs, et empêche de remuer la tête. Il survient des vomissements, de l'insomnie, mais du reste l'intelligence est saine, ainsi que les autres facultés. Le pouls est régulier; la malade toutefois languit, son état général devient très-mauvais, et M. Blandin songe, en désespoir de cause, à l'opération du trépan, croyant trouver là ou de nouvelles esquilles ou quelque épanchement purulent. Le crâne en effet est perforé dans l'étendue d'un pouce de diamètre, mais les os ne sont point fracturés, et le doigt sent à travers l'ouverture une rénitence équivoque. M. Blandin attend, espérant que l'abcès, s'il y en avait un, viendrait spontanément à s'ouvrir. Un long temps se passe, mais le résultat désiré n'arrive point, et on se décide à faire avec précaution une ponction exploratrice, qui n'indique rien. Pendant ces opérations, la malade n'avait point éprouvé d'accidents sérieux. Momentanément même elle s'est sentie bien soulagée. Amélioration trompeuse! la douleur revient plus vive, plus opiniâtre; l'amaigrissement, la prostration, un érysipèle grave, amènent rapidement la mort. L'ouver-

ture artificielle pratiquée au crâne ne s'est point refermée ; la dure-mère est intacte, et on sent avec le doigt la même rénitence que l'on sentait pendant la vie. Cette rénitence correspondait en effet à un vaste foyer purulent, circonscrit, enkysté, siégeant dans le lobe droit, et séparé de la dure-mère par une couche assez épaisse de substance cérébrale. Il est évident que, si M. Blandin eût coupé cette lamelle de substance cérébrale, le foyer se fût vidé et que la malade eût eu quelques chances de guérison.

Cette observation, dit M. Aran, offre plus d'une circonstance instructive. Ainsi, physiologiquement, l'absence de troubles dans l'intelligence, la parole et les mouvements, coïncidant avec une vaste lésion organique de la partie antérieure du cerveau, et, pathologiquement, l'innocuité du trépan, son utilité possible, et les indications qui en dérivent. Certains faits tendent à prouver que les plaies simples du cerveau ne sont pas aussi simples qu'on l'a cru. Si cela était, devrait-on, dans un cas grave, hésiter à plonger la lame d'un étroit bistouri dans le cerveau, à quelque profondeur ? La solution de cette question mériterait sans doute de nouvelles recherches.

III. — *Moyen simple d'arrêter les hémorrhagies nasales*, par le docteur Négrier, médecin à Angers. — Ce moyen consiste à faire élever perpendiculairement le bras correspondant à la narine d'où coule le sang, en même temps qu'on comprime cette narine avec le doigt. L'hémorrhagie s'arrête presque instantanément, et si elle récidive, le même procédé réussit de nouveau à la suspendre. M. Négrier cite en confirmation plusieurs faits intéressants. Il obtint même des succès dans une hémorrhagie de la lèvre, par suite de coupure. L'auteur cherche

à rendre raison du phénomène ; il pense que, dans cette situation du bras, l'effort du tronc artériel commun des carotides et des sous-clavières à pousser le sang dans les vaisseaux du membre supérieur, diminue d'autant la force d'impulsion de celui qui circule dans les carotides, et que cette diminution est la cause de la cessation de l'épistaxis. On sent toutefois combien cette explication, qui est ingénieuse, a besoin d'être examinée et vérifiée par des expériences.

IV. *Fibrine dans la sérosité de l'ascite*, par le docteur Delaharpe, médecin de l'hôpital de Lausanne. — Il est étonnant, dit M. Delaharpe, que la fibrine, considérée jusqu'ici comme élément exclusif du sang et de la fibre musculaire, n'ait point été recherchée dans les autres liquides de l'économie. Par un hasard imprévu, ce médecin en a constaté la présence dans la sérosité d'une ponction abdominale, et depuis il a pu vérifier le fait dans plusieurs autres circonstances. Cette découverte n'est pas sans importance, car elle pourrait mettre sur la voie du mécanisme de la formation des pseudo-membranes des séreuses qui, comme celles des muqueuses, seraient, d'après M. Lassagne, formées en grande partie par l'élément fibrineux du sang.

Après avoir pratiqué la ponction chez une femme atteinte d'ascite et d'albuminurie, M. Delaharpe avait placé, dans un vase de métal à étroite ouverture, une certaine quantité de sérosité, et lorsqu'il voulut la laisser écouler pour l'examiner, il la trouva figée à la superficie, qui présentait une couche dense et résistante. L'analogie de ce phénomène avec celui de la coagulation du sang dut porter M. Delaharpe à croire à l'existence de la fibrine. Il essaya dès lors plusieurs espèces de sérosité, et

il remarqua que par le repos certaines d'entre elles se prenaient ainsi à la surface en une sorte de gelée tremblotante, et que si on plongeait dans cette sérosité les barbes d'une plume, le liquide s'attachait à cette plume, et filait lorsqu'on le retirait. Cette masse gélatineuse, qui se condense progressivement, adhère aux parois du vase, mais elle s'en détache assez facilement; et, ainsi libre, elle se contracte et nage dans le liquide absolument comme le caillot d'une saignée dans la sérosité qui l'environne. Elle est également compressible, et quand elle a subi la dessiccation, par exemple entre deux linges, elle prend une couleur grisâtre, un aspect corné et offre une grande ténacité.

Cependant cette couche fibrineuse manifeste encore d'autres phénomènes. Si on abandonne, sans l'agiter, le vase qui la contient, il ne tarde pas à se former au-dessus une pellicule mince qui semble irisée lorsqu'on la regarde obliquement. M. Delaharpe croit devoir attribuer la formation de cette pellicule à l'élévation de quelques globules graisseux; d'autant plus qu'elle se produit plus vite et plus épaisse sur la sérosité chauffée au bain-marie. En outre, on observe, en même temps que l'apparition de la pellicule, un commencement de dissolution du caillot, puis une dissolution complète, à moins que le caillot n'ait été tout à fait transformé en pseudo-membrane, cas où il n'y a plus de dissolution.

Chez la femme où il a constaté, pour la première fois, les phénomènes ci-dessus exposés, la sérosité ne contenait point d'albumine appréciable dans les premières ponctions. A la quatrième (car il en fit un grand nombre), il y en avait une quantité notable. Dans le liquide filtré, qui contenait auparavant les caillots, le microscope décélait la présence de rares globules graisseux, et de petits débris

de fibrine. Dans le liquide de la 5e et 6e ponction, il y avait concurremment beaucoup de fibrine et d'albumine ; comme dans les précédentes expériences, le caillot est redissous au bout de vingt-quatre heures, sans que les réactions du liquide aient alors changé de nature, soient par exemple devenues *alkalines*, ce qui expliquerait cette dissolution qui semble alors s'opérer d'une manière purement mécanique.

Le second malade est un homme atteint d'hydrothorax et d'ascite. Masse tremblotante qui n'adhère point au ballon, n'est point redissoute. Quantité d'albumine, globules sanguins et graisseux dans le liquide.

Chez d'autres, les mêmes résultats se sont produits, tandis que ces résultats manquent aussi dans beaucoup de circonstances.

Selon M. Delaharpe, la formation du caillot n'est point due au refroidissement. Il se forme à la température ambiante, et même à 24 et 26° plutôt qu'à une basse température. Cependant il n'aurait pas lieu si celle-ci était trop élevée. La dissolution consécutive du caillot fibrineux lui paraît le phénomène le plus remarquable. Il ne cherche point à l'expliquer ; seulement il observe que ce phénomène n'est pas particulier à ce caillot ; et, à cette occasion, il cite les cas où, dans les saignées, la couenne phlegmatique et une seconde couenne superficielle, qu'on isole aisément de celle-ci, se sont trouvées redissoutes de la sorte après quelque temps de repos.

Un grand intérêt s'attache aux faits présentés par M. Delaharpe ; seulement les caractères qu'il assigne aux caillots n'indiquent peut-être pas d'une manière assez précise qu'ils soient composés de fibrine. DELASIAUVE.

Journal des connaissances médico-chirurgicales. (Juillet 1842.)

I. *Feux de dents et gourmes*, par M. Trousseau.— Cette note est le précis d'une leçon faite à l'hôpital Necker à l'occasion de plusieurs enfants atteints de ces maladies. M. Trousseau y expose la manière dont il envisage leur traitement et les moyens auxquels il a recours pour les guérir. Il parle d'abord d'une femme de trente ans et de son enfant à la mamelle, chez qui, à la suite de la gale, et concomitamment avec elle, s'est développée, une affection vésiculeuse presque générale avec exsudation jaunâtre et formation de croûtes épaisses persistantes; l'enfant surtout était dans un état de souffrance grave. L'administration quotidienne de grands bains mercuriels dans lesquels entrent 15 grammes de sublimé, et même dose de sel ammoniac, ont triomphé de cette affection dans l'espace d'un mois. Aucun accident n'est venu compliquer cette médication, aussi ne faut-il pas, dit le professeur, craindre les effets de l'absorption mercurielle dont on s'est effrayé mal à propos. Depuis onze ans que j'emploie cette substance, jamais je ne l'ai vue provoquer de troubles organiques de quelque valeur, même lorsque le derme est dénudé; à plus forte raison s'il reste revêtu de son épiderme.

Dans la simple gale, ajoute-t-il, j'aurais préféré les bains sulfureux; mais, en général, les bains mercuriels sont plus usités dans l'eczéma et l'impétigo chronique.

Les onctions avec la pommade de précipité rouge ou de calomel guérissent rapidement les feux de dents (roseale eczema), qui tendent à passer à l'état chronique. On se sert aussi avec succès du même moyen contre les gourmes ou croûtes laiteuses, qui résultent de pustules et

d'ulcères impétigineux ; mais il faut avoir soin préalablement d'enlever les croûtes et de couper les cheveux.

Mais doit-on chercher à guérir ces maladies ? c'est là, dit M. Trousseau, une des plus graves questions thérapeutiques. Selon lui, la conduite à tenir doit résulter de beaucoup de considérations ; par exemple, il ne croit pas qu'on doive s'opposer à la manifestation aiguë des fièvres éruptives et des gourmes chez les enfants, parce qu'elles sont comme le dépôt par élection sur la peau d'un principe que les effets de la nature tendent à éliminer : tout au plus doit-on songer à modérer la réaction générale, si elle existe ; mais, une fois ce mouvement passé, et principalement quand le mal menace de faire des progrès, on ne saurait trop s'empresser, ainsi qu'il en donne l'exemple, d'y porter remède.

Néanmoins, quand le mal a vieilli et est devenu une habitude, les plus grands ménagements sont nécessaires. Ce mal, en effet, de même que les règles, le flux hémorrhoïdal et une foule d'excrétions et suppurations permanentes, est en quelque sorte une condition de la santé, et pour éviter les suites d'une brusque guérison, on doit, longtemps après, continuer l'usage d'exutoires, et d'une médication purgative et dépurative. Encore vaudrait-il mieux la conserver, si son apparition avait coïncidé avec une amélioration notable de la santé, ou qu'en la supprimant on eût à redouter quelques graves accidents du côté de la poitrine et du ventre.

De tels préceptes, où le raisonnement s'appuie sur les faits, et une expérience éclairée, ont droit assurément d'être médités et suivis.

II. *Œdème de la glotte chez un enfant devenu hydropique à la suite de la scarlatine*, par M. Barrier.

Brichet, âgé de sept ans, lymphatique, entre le 7 avril 1838 à Saint-Louis pour y être traité d'une ophtalmie et d'un impetigo; la guérison était presque achevée, lorsque, le 3 mai, une scarlatine se déclare; trois jours après l'éruption, celle-ci touchant à son terme, un refroidissement amène un œdème général; il existe de la toux sans dyspnée, ni fièvre notable. Quelques jours après il y a engouement des poumons, épanchement pleurétique. Le 12, le pouls est à 127; enfin, la poitrine s'embarrasse et la dyspnée est bientôt de la suffocation. L'inspiration était surtout gênée : voix faible et non altérée. Le malade meurt dans la journée.

A l'autopsie, on trouva au dedans et au dehors une infiltration générale. Elle est très prononcée dans le tissu cellulaire sous-muqueux des intestins, qui en sont très-épaissis. Le larynx surtout, dans cette circonstance est le siége d'altérations remarquables; car ces altérations ont probablement joué, le principal rôle dans l'asphyxie du malade. Les replis aryténo-épiglottiques sont œdématisés et se rapprochent de façon à obturer l'ouverture du larynx, surtout si on fait le vide dans la trachée, ce qui explique la difficulté de l'inspiration pendant la vie. Mais l'œdème existe encore dans tout le tissu cellulaire sous-muqueux du larynx, et quoique le gonflement qui en résulte soit moins considérable qu'à l'entrée de cet organe, la glotte ne laisse pas d'en être singulièrement rétrécie. Aucune trace d'inflammation n'est du reste remarquée ni sur la muqueuse, ni au dessous.

Bayle, dit M. Barrier, a décrit l'œdème de la glotte; mais on lui a fait deux reproches : l'un sur ce que la lésion anatomique ne siége point dans la glotte, l'autre, sur ce qu'elle est le plus souvent causée par une maladie du larynx. M. Bouillaud en particulier a fait ses efforts pour

rattacher l'existence de l'œdème à une laryngite. Cet exemple vient au contraire à l'appui de l'opinion de Bayle. D'une part il n'y a ni phlegmasie ni altération organique du larynx, et de l'autre l'œdème n'est pas borné aux replis aryténo-épiglottiques, mais a envahi toute la glotte elle-même. Cet œdème avait donc tous les caractères de celui décrit par Bayle; c'est-à-dire que c'était un œdème idiopathique; qu'il faut du reste bien distinguer des œdèmes passifs, qui ont lieu consécutivement à des affections organiques et prolongées des poumons et du cœur.

Il est à remarquer que, contrairement à ce qui se passe d'ordinaire, les symptômes de suffocation qui se sont rapidement développés ont tardé longtemps à se manifester, ce qui a jeté une grande obscurité sur le diagnostic.

III. *Note pour servir à l'histoire pathologique des bourses muqueuses sous-cutanées du membre inférieur*, par M. Pétrequin. — Nos études anatomiques sont faites en général avec une grande légèreté : et c'est là un vice funeste. Elles manquent surtout d'une base pratique, et c'est un vice plus funeste encore. Des données précieuses nous font aussi défaut dans une foule d'occasions importantes, où le diagnostic demeurant obscur, nous restons dans une stérile inaction, ou nous nous livrons à des tentatives aveugles et dangereuses. Cette imperfection est mise en évidence avec la note de M. Pétrequin. Qui d'entre les médecins ordinaires connaît ou soupçonne même le siége, le rôle et les symptômes des affections des bourses muqueuses? Et cependant ces bourses muqueuses sont assez multipliées, et les maladies auxquelles elles donnent lieu ne sont pas moins fréquentes. Elles sont même d'autant plus utiles à étudier, que leurs maladies

peuvent être facilement confondues, que dis-je, sont presque toujours confondues avec des maladies graves et qui réclament une médication différente. Ces bourses qui sécrètent plutôt une humeur analogue à la sérosité qu'au mucus, existent ou se forment partout où un os placé superficiellement est sujet à des frottements plus ou moins considérables.

M. Pétrequin étudie spécialement celles des membres inférieurs.

1° *Bourse muqueuse trochantérienne.* Son inflammation, dit M. Pétrequin, peut amener la carie du trochanter. Chez un jeune homme où cette carie existait, produite sans doute par ce mécanisme, M. Pétrequin a fait avec succès la résection de cette apophyse. Cette maladie a dû souvent être prise pour une affection coxo-fémorale.

2° *Bourse muqueuse prérotulienne.* Celle-ci est plus vulgairement connue, et ses affections par conséquent donnent lieu à moins d'erreurs.

M. Pétrequin a guéri un hygroma par le séton métallique de Sanson. MM. Marjolin et Langevin pratiquent la ponction et l'injection irritante, comme pour l'hydrocèle. M. Pit a également traité avec succès par la ponction et l'injection iodée un hématocèle traumatique. Ces tumeurs disparaissent souvent spontanément ou sous l'influence des résolutifs.

3° *Bourse muqueuse malléolaire.* 1° *Ulcération de cette bourse muqueuse.* Elle aurait pu en imposer pour une carie et conduire à l'amputation, ou être négligée et amener cette carie. Guérison par l'injection iodée. 2° *Même affection à la capsule externe.* Cette fois la maladie avait été atteinte, et la résection fut nécessaire pour éviter la propagation aux surfaces articulaires.

4° *Bourse calcanéenne, ulcération.* Cette bourse n'a

pas encore été décrite. On crut à la lésion, mais une incision ayant été faite, le foyer fut détergé et la cicatrisation prompte sans exfoliation.

5° *Muqueuse sous-métatarso-phalangienne du gros orteil.* Ulcère, induration cornée, fistule, compression, guérison.

6° *Id. latérale du gros orteil*, très exposé à la maladie à cause des chaussures. D'abord grand gonflement mollasse, puis inflammation avec épanchement de sang et d'eau dans la capsule, induration autour; c'est ce qui constitue l'ognon. Chez une femme venue à l'hôpital le 12 décembre 1836, dans ces conditions, on ramollit la tumeur avec des cataplasmes; elle s'ouvrit d'elle-même, et la cautérisation était achevée le 19. Chez un homme, où la tumeur avait pris plus de volume encore, on fit avec succès une injection iodée. Dans un autre cas, où le gonflement était récent et qu'on pouvait craindre la suppuration, des bains et des topiques suffirent pour amener la résolution.

IV. *Poudre dentifrice.* — On sait que la suie est d'un usage vulgaire pour le nettoyage. Voici la formule que propose M. le docteur Kermer :

Poudre de suie tamisée. . .	30 grammes.
de fraisier, ...	20 grammes.
Eau de Cologne.	Quelques gouttes.

Une pincée suffit, au dire de ce praticien, pour blanchir les dents. Cette poudre fortifie les gencives, et peut arrêter et prévenir la carie.

Bandelettes de caoutchouc.— Le même médecin prépare aussi ces bandelettes et emplâtres qui sont agglutinatives et conservent leur mollesse, et sur lesquelles on

peut ajouter de l'huile de croton ou des poudres, etc. Pour cette préparation, on place sur la toile un morceau de caoutchouc, dont on touche toute la surface avec un couteau rougi à blanc. Le caoutchouc se fond, et, à l'aide d'un verre de vitre, on étend cette substance par pression sur la toile. Le verre n'adhère point.

V. *Guérison d'une phthisie pulmonaire*, par M. le docteur STARD, médecin aux Meis.—M., de Digne, quarante-cinq ans, fort, consulte l'auteur au mois de juillet 1840; son frère a succombé à la phthisie. Pour lui, il est habituellement bien portant, à l'exception d'une toux qui revient tous les hivers et qui n'a pas cessé depuis le dernier. Amaigrissement, perte des forces, crachats épais, grisâtres, insomnie, sueurs nocturnes, fièvre depuis un mois; diarrhée depuis quinze jours. Obscurité du son sous la clavicule droite; gargouillement sous la gauche et l'aisselle du même côté; crépitation derrière le sein. Traitement : lait d'ânesse, lavement opiacé avec acétate de plomb. Quinze cautères, emplâtre stibié, bon régime; 15 août, grande amélioration; quatre nouveaux cautères, puis six autres, guérison qui s'est maintenue jusqu'à présent, seulement il tousse quelquefois. Nous nous sommes déjà expliqués sur l'incertitude diagnostique de semblables cas. Les signes de celui-ci ne nous semblent pas non plus nettement confirmés. DELASIAUVE.

Archives de la médecine belge.
(Mars et Avril 1842.)

De la sensibilité vertébrale à la pression dans les fièvres intermittentes chroniques, et des indications thé-

rapeutiques qu'elle fournit; par le doct. Gouzée. — Il y a déjà quelque temps que ce phénomène a été indiqué par le docteur Griffin de Limerick, qui a appelé sur lui l'attention des praticiens. Plusieurs médecins belges, et entre autres le docteur Van Mons de Bruxelles, portèrent sur ce point leur attention, et en vinrent même à prétendre que la fièvre intermittente pourrait bien n'être qu'une inflammation ou une congestion de la moelle.

Mais la plupart des médecins qui étudièrent le même sujet, ne confirmèrent pas ces assertions. La sensibilité vertébrale leur parut un symptôme très inconstant et de peu de valeur.

Aujourd'hui le docteur Gouzée revient sur ce sujet, et sans accorder à ce phénomène la valeur que lui donnaient plusieurs de ses prédécesseurs, il le regarde comme fort important et comme fournissant une indication particulière à remplir dans le traitement de certaines fièvres intermittentes anciennes ou rebelles.

A l'appui de son dire, il cite deux observations. L'une relative à un militaire âgé de 26 ans, qui contracta une fièvre intermittente d'abord tierce puis quotidienne, qui resta rebelle aux divers traitements et aux moyens empiriques dirigés contre elle. La constitution paraissait éprouver déjà une altération profonde, lorsqu'il fut confié aux soins du docteur Gouzée. L'exploration de la colonne vertébrale fit découvrir une vive sensibilité limitée aux quatrième, cinquième et sixième vertèbres dorsales. Dix sangsues furent appliquées sur la région douloureuse. L'accès suivant fut moins intense et moins long.

Le lendemain, nouvelle application de dix sangsues, qui est encore suivie d'une diminution sensible dans la force et la durée de l'accès.

Le troisième jour, quatre ventouses scarifiées sont pla-

cées sur les côtés des apophyses sensibles à la pression. L'accès reparaît vers midi. Il ne dure qu'une heure.

Le quatrième jour un emplâtre de poix de Bourgogne, saupoudrée de tartre stibié, est appliqué au même endroit, de manière à recouvrir les vertèbres douloureuses, et dans la suite l'éruption qu'il avait provoquée fut entretenue à un degré modéré par des frictions de pommade stibiée. Dès le cinquième jour la fièvre cessa de se montrer, et la guérison se consolida. Il n'y a pas eu de rechute.

Le deuxième fait est plus important à cause du caractère singulièrement opiniâtre de la maladie et de la guérison prompte et stable qui fut obtenue.

Une sœur hospitalière âgée de 25 ans, bien constituée, contracta le 27 juillet 1841, une fièvre intermittente quotidienne en apparence fort simple, mais qui fut rebelle à l'action des fébrifuges ordinairement les plus efficaces. Le sulfate de quinine administré par la bouche ou en lavement amenait chaque fois un amendement sensible, mais aussitôt qu'on en diminuait les doses, l'accès reprenait une nouvelle intensité.

Au mois d'octobre la maladie était tout aussi intense que jamais. L'exploration de la colonne vertébrale fit découvrir une vive sensibilité à la pression au niveau des troisième, quatrième et cinquième vertèbres cervicales. La quatrième surtout était très douloureuse : plus bas, la pression n'excitait de douleur qu'aux deuxième et troisième vertèbres dorsales.

Le 19 octobre, 12 sangsues sur le point douloureux : l'accès n'est nullement modifié.

Le 20, 8 sangsues : accès moins fort et moins long de moitié.

Le 21, 8 sangsues : l'accès est très faible.

Le 22, 8 sangsues : accès très faible, peu différent de celui de la veille.

Le 23, application de deux emplâtres de poix de Bourgogne, saupoudrés de tartre stibié. Ce jour et les deux jours suivants, l'accès reparaît avec le même caractere que le 22.

Le 26, plusieurs larges pustules ont paru sous les emplâtres : accès très léger, céphalalgie presque nulle.

Le 27 et le 28, un peu de froid seulement et de pesanteur de tête, sans chaleur ni sueur. On enlève les emplâtres et on fait des frictions avec la pommade stibiée.

Les jours suivants un peu de malaise se fit encore sentir vers l'heure des accès, et le 31 toute fièvre avait complètement disparu. On maintint en suppuration pendant deux ou trois mois quelques unes des ulcérations, et la malade reprit bientôt ses forces premières et sa bonne santé, qui depuis ne s'est pas démentie.

A ces deux faits, M. le docteur Heurotay en ajoute un troisième. Il s'agit d'un soldat qui avait contracté en Afrique une fièvre intermittente qui persista pendant seize mois de séjour en Afrique, et qui, traitée en France, n'avait point cédé. Douleur vive, correspondant aux sixième et septième vertèbres cervicales et aux quatre premières dorsales. Trois applications, chacune de 10 sangsues, et deux applications de ventouses scarifiées. Application d'un emplâtre stibié, puis de deux moxas. Amélioration sensible. Cependant les accès fébriles reparaissaient, mais peu intenses et de courte durée. On eut recours alors à l'emploi des pilules fébrifuges : la fièvre intermittente disparut complètement ; un mois après, le malade sortit de l'hôpital parfaitement guéri.

Surdité guérie par la morphine employée par la mé-

thode endermique, par le docteur J. P. Hoebeke. — Le sujet de cette observation était une demoiselle âgée de 28 à 30 ans, d'une constitution lymphatique, blonde, et offrant sous l'angle de la mâchoire des cicatrices d'abcès scrofuleux. La surdité, qui était fort intense, paraissait être la suite d'une maladie grave dont cette demoiselle avait été atteinte l'année précédente (probablement une fièvre typhoïde). A moins de crier de toutes ses forces dans son oreille, il est impossible de se faire entendre. Il existe un bruit continuel dans l'appareil auditif, bruit qui varie, ressemblant tantôt à celui de l'eau en ébullition, tantôt à celui d'une musique discordante qui se ferait entendre dans le lointain, ou au bruit que ferait un grand nombre de personnes parlant toutes à la fois. Cette sensation fort pénible, cause de la céphalalgie. Ce bruit et la céphalalgie qui l'accompagne, augmentent encore lorsque la tête repose sur l'oreiller.

L'examen du conduit auditif fit reconnaître qu'il contenait une grande quantité de cérumen, qui, d'après son aspect et sa sécheresse, devait y avoir séjourné longtemps. On s'occupa d'en débarrasser le conduit auditif au moyen d'injections et de la curette. Mais cette petite opération ne procurant aucun changement, on procède à un examen plus attentif de l'appareil auditif, examen qui ne fit rien découvrir ni dans le conduit ni dans l'arrière-bouche, ni dans la trompe d'Eustache qui put rendre compte de la surdité. Un traitement antiphlogistique et révulsif resta sans succès. Alors M. Hoebeke fit appliquer un vésicatoire derrière chaque oreille : aussitôt que les ampoules furent formées, elles furent enlevées et on saupoudra chacune des surfaces dénudées avec 25 milligrammes de sulfate de morphine.

Le lendemain le bruit avait entièrement disparu dans

l'oreille gauche, et l'ouie était complètement rétablie de ce côté : du côté droit le bruit avait seulement diminué, et la malade n'entendait que difficilement de ce côté : la céphalagie avait également cédé. Pendant 8 jours la malade resta exactement dans le même état. Un nouveau vésicatoire fut encore saupoudré de 25 milligrammes de sulfate de morphine. Cette médication eut de nouveau le plus heureux résultat : le lendemain l'ouïe de la malade était rétablie des deux côtés dans toute son intégrité.

(*Numéro d'avril* 1842, p. 375.)

H. B.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ALLEMANDS.

Cure radicale de la hernie ombilicale chez les enfants. — Emploi de l'acétate de plomb en lavement contre les hernies étranglées. — *Eléphantiasis* des Arabes. — J.-P. Frank et Napoléon (Souvenirs de voyage).

De la cure radicale de la hernie ombilicale chez les enfants, par le docteur Nevermann. — Après la chute du cordon, l'anneau ombilical n'étant point fermé, la peau et le péritoine forment seuls, dans ce point, la paroi de l'abdomen, et ne résistent pas toujours efficacement aux efforts des intestins qui font hernie à travers l'anneau, et s'opposent à son occlusion qui ordinairement a lieu vers le deuxième mois de la naissance. Desault, Brunninghausen et Soemmering ont vu des hernies ombilicales guéries par les seuls efforts de la nature ; mais

le plus souvent elles persistent et restent stationnaires ou s'accroissent énormément. A. Cooper et Boyer ont observé des hernies ombilicales qui descendaient jusqu'aux parties génitales.

Les moyens dirigés contre cette maladie peuvent se diviser en quatre catégories: 1° des médicaments externes; 2° la compression; 3° la cautérisation; 4° la ligature.

Les médicaments sont ici sans action; toutefois ils ont été souvent employés, et on leur a attribué la guérison de petites hernies récentes. Dans le moyen-âge, ces emplâtres herniaires avaient une grande réputation, l'un d'eux est dû à Fabrice d'Aquapendente; dans ces derniers temps, le docteur Rossi a préconisé l'emploi du tannate de plomb.

Dalechamp est, je crois, le premier qui ait mis en usage la compression, il a été imité par Scultet, Heister, Levret, et depuis elle a été la méthode par excellence. Toutefois les procédés diffèrent: les uns préfèrent les bandes, d'autres les bandages, quelques-uns des obturateurs ou des tampons. Fabrice d'Aquapendente, Scultet, Heister, Sark et Wittstock ont essayé de simples bandes, mais ils conviennent que leur application demande beaucoup de soin, qu'elles gênent les enfants, donnent souvent lieu à des excoriations, et n'amènent la guérison qu'au bout de six mois à un an. Les bandages de Suret, Richter, Juville, Oken, A. Cooper, Eaglod et Morrisson sont incommodes et chers, ils ne conviennent qu'aux adultes. Restent donc les emplâtres et les tampons; chaque auteur préconise le sien, l'un recommande d'employer une boule en cire, l'autre, une muscade coupée par le milieu, un troisième, une boule de liége, un quatrième, une orange non mûre; ce sont les moyens employés par Hey, Lawrence, Jaeger, Schmidtmann, Heyfelder et W. Sachse.

Cederschjoeld se sert du caoutchouc, mais ses morceaux sont trop courts. Neumann conseille avec raison de couper des bandelettes longues de 20 centimètres et larges de 2, et de les placer en croix sur la tumeur. Renouvelé trois à quatre fois dans l'espace de trois mois, ce moyen m'a réussi dans plusieurs cas. Je fixe un morceau de liége plano-convexe ou un morceau de caoutchouc sur un morceau de cuir de 6 à 8 centimètres de diamètre, et l'on enduit le cuir d'emplâtre agglutinatif. Dès que les intestins sont rentrés, on pousse le tampon de liége dans l'ouverture ombilicale et on fixe le morceau de cuir. Mais ce moyen ne réussit que dans le cas où la hernie ne dépasse pas la grosseur d'un œuf de poule ou d'une grosse pomme. Si elle est plus grosse, ou en forme de sac, et longue de 4 à 12 centimètres, il faut recourir à la ligature. Les hernies ombilicales congénitales présentent ordinairement cette forme; l'on peut essayer d'abord le procédé d'Evanson et Maunsell. Après avoir reduit la hernie, on applique autour du sac une longue bande de diachylon, de façon à ce que chaque tour recouvre l'autre. On peut déterminer ainsi une adhésion entre les parois du sac, sans avoir à redouter des accidents de péritonite. Un chirurgien français anonyme assure avoir employé le procédé suivant dans les cas de hernie congénitale. Les intestins étant réduits, un aide rapproche les bords des anneaux. Ensuite on lie le cordon comme à l'ordinaire, puis on place en croix deux fortes bandelettes de diachylon, longues de 30 centimètres, et larges de 2 cent.; et enfin on place des emplâtres agglutinatifs circulaires percés au milieu, pour donner passage au cordon, et dont le diamètre va en augmentant de façon à former un cône renversé. Le tout est maintenu par un bandage de corps. Si la hernie est volumineuse et le sac déchiré, alors on le

coupe et on applique une suture soutenue par de longues compreses de diachylon. Anderson agissait ainsi, seulement il laissait tomber le sac en gangrène. La hernie est-elle irréductible, il s'agit d'éviter l'inflammation du péritoine et de l'épiploon. Robinson, chirurgien américain, attribuant un effet fâcheux à l'air absorbé par la peau, l'entoure d'une double compresse trempée dans l'huile, et la loge dans une soucoupe qu'il fixe avec un bandage.

Un troisième moyen consiste dans l'emploi d'une pelote caustique. Elle a été imaginée par le Dr Moessner, à Gaildorf. On enduit de pommade épispastique une pelote de bois ou de cire, et on la fixe sur le nombril après la réduction des intestins. Au bout de vingt-quatre heures on l'enlève et on ne l'applique de nouveau que dans le cas où l'inflammation n'est pas assez énergique. Puis on enduit la pelote d'onguent brun, ou on introduit de la pommade épispastique entre les plis de la peau, afin d'entretenir l'irritation. Dans une semaine, celle-ci doit produire l'adhérence des parois de l'anneau, et l'auteur assure qu'après deux septenaires, la guérison est solide et définitive. Ce procédé n'est guère applicable qu'aux petites hernies. Si les cantharides provoquent de l'ischurie, on a recours à la pommade de garou. Cette méthode n'est pas exempte de dangers. Niemann l'a vue déterminer une péritonite mortelle.

La ligature date des premiers temps de la médecine. Celse dit l'avoir empruntée à ses prédécesseurs. Cette méthode se divise en trois procédés : 1° l'opérateur réduit la hernie en attirant à lui le sac, un aide place une pince entre l'anneau ombilical et le doigt de l'opérateur qui applique une ligature au-dessous de la pince ; 2° la hernie est-elle volumineuse, on passe une aiguille enfilée d'un double fil par le milieu du sac, et on lie les deux

côtés; 3° si l'on craint de n'avoir pas réduit complètement la hernie, on ouvre le sac, on repousse les intestins dans le ventre, puis on applique la ligature; on peut, en outre, toucher les parois du sac avec une solution de 5 décigrammes de nitrate d'argent sur 30 grammes d'eau, et appliquer les bandelettes d'Evanson. La méthode de Celse a été la seule employée jusqu'au XVIIe siècle; elle était exécutée par des herniotomistes et des châtreurs d'animaux; quoique Fabrice d'Aquapendente et Heister eussent fait observer qu'elle n'était applicable qu'aux hernies volumineuses, Saviard l'employa dix fois avec succès; il modifia le procédé en ce qu'il serrait de ligature peu à peu. Cependant, à cette époque, les Français et les Allemands inclinaient également vers la compression, lorsque Desault remit la ligature en honneur. La compression, disait-il, s'oppose à l'occlusion de l'anneau; la ligature est douloureuse; mais cette douleur est de peu de durée, et cette opération ne nécessite pas l'attention continuelle et minutieuse de la compression. La guérison est définitive à cause de l'exsudation de lymphe plastique qui se fait entre les bords de l'anneau, ce qui détermine son occlusion définitive. Enfin Desault s'appuyait sur cinquante succès. Son élève, Plaignaud, en rapporte neuf de son maître et dix-huit qui lui sont propres. Desault a revu quelques-uns de ces enfants et a trouvé la guérison complète, Bichat en a revu deux quatre ans après. Desault pensait aussi que l'opération avait d'autant plus de chances que l'enfant était plus jeune. Bichat rapporte des cas qui prouvent qu'elle est difficile passé l'âge de quatre ans; Dzondi regarde alors la guérison comme impossible. Girard, de Lyon, s'éleva contre la ligature: M. Cayol en fit le sujet d'une discussion à la Société de médecine de Paris, qui se prononça en faveur de

la compression. Scarpa, Boyer, Seiler, Richerand et Billard écrivirent dans le même sens; ces auteurs reprochent à la ligature la douleur qu'elle cause, les accidents qu'elle peut produire, le danger de lier ou de pincer l'intestin et l'incertitude d'obtenir une guérison définitive. Nous pensons qu'elle ne doit être mise en usage que dans les hernies volumineuses contre lesquelles la compression a échoué. Veut-on se débarrasser du grand sac vide qui contenait la hernie? La ligature est le meilleur moyen; mais, au bout de huit jours après la chute du sac, la cicatrice est trop faible pour contenir sûrement les intestins; il faut donc combiner la ligature avec la compression; c'est ce qui a été fait avec succès par une foule de chirurgiens modernes, parmi lesquels je me contenterai de citer Walther, Graefe, Chelius, Dieffenbach, Blasius et Begin. Elle a été employée par le célèbre physiologiste J. Müller dans un cas trop remarquable pour n'être pas rapporté ici. Un enfant vint au monde avec une hernie ombilicale qui ressemblait à une vessie de cochon dilatée, et avait la grosseur du poing. Les parois du sac étaient formées par le péritoine et l'épiploon; la peau manquait. Après avoir essayé quelques astringents, Muller recourut à la ligature. La réduction fut difficile; il plaça ensuite un cordon formé de la réunion de huit fils de soie: on soutint le sac par des bandelettes agglutinatives, de la charpie, une compresse et des bandes. Quelques granulations se développèrent autour du sac qui se sépara, et la cicatrice, touchée à plusieurs reprises avec la pierre infernale, devint tout-à-fait solide. Un chirurgien hollandais, M. Van Onsenoort, a imaginé un petit instrument fort ingénieux pour opérer la constriction graduée de la tumeur. Il se compose d'une tige en argent qui porte en bas un œil pour passer la ligature, et en haut une tête

de vis fixée à l'extrémité d'un axe qui porte une roue dentée qu'on peut arrêter à volonté au moyen d'un ressort d'acier. Les deux chefs de la ligature sont enroulés sur l'axe. Il suffit de tourner la vis pour serrer la ligature ; le ressort s'engage dans l'intervalle de deux dents et maintient le degré de constriction voulu.

Un médecin danois, M. Levy, a indiqué l'inflammation des artères ombilicaux comme la cause du trismus des nouveau-nés. Cette opinion a été réfutée par deux épidémies qui ont régné l'une dans l'hôpital de Stockholm, l'autre dans celui de Copenhague, sans qu'elles s'étendissent en ville où les accouchements sont faits en grande partie par des sages-femmes.

(*Zeitschrift fur die gesammte Medicin*, novembre 1841).

Emploi de l'acétate de plomb liquide en lavements, dans les cas de hernie étranglée, par le docteur Emsmann. — Le 17 août 1839, je fus appelé auprès d'une femme qui portait depuis longtemps deux hernies crurales. celle du côté gauche était étranglée ; il y avait constipation, hoquet, soif intense, vive douleur dans la région précordiale ; le pouls était fréquent et serré. Comme la malade était très-faible, je conseillai 180 grammes d'extrait de saturne, l'application d'une vessie remplie de glace sur le ventre et une cuillerée d'huile de ricin. Le lendemain, à six heures du matin, son état n'était point amélioré. La réduction fut impossible. J'ordonnai un second lavement et la continuation des moyens employés ; à dix heures, une seconde tentative de réduction resta sans effet. Enfin, je réussis à deux heures, et la malade se sentit instantanément soulagée. L'auteur n'est point le

seul qui ait employé ce moyen ; il a été mis en usage par Stannius, Warnecke, Neuber, Preuss et d'autres chirurgiens.

(*Hufeland's Journal der practischen Heilkunde* septembre 1841).

De l'éléphantiasis des Arabes, par le professeur Heyfelder. — Ce mémoire, accompagné de planches, a été publié par l'auteur dans le dix-neuvième volume des Actes des curieux de la nature. Il a eu occasion d'observer plusieurs cas d'éléphantiasis des Grecs chez des individus habitant la Suisse septentrionale et le pays de Wurtemberg. Chez une femme dont le bras était malade, l'amputation fut suivie de succès. L'auteur la revit trois ans après dans le meilleur état de santé, ce qui est contraire à l'opinion d'Hillary, qui soutient que, si l'on ampute un membre affecté d'éléphantiasis, un autre point du corps ne tarde pas à être affecté. Dans l'un des cas observés par M. Heyfelder, la maladie était bornée au scrotum et au pénis qui avait complètement disparu ; la maladie était accompagnée d'hydrocèle, complication que j'ai vue aussi dans un cas à l'hôpital Saint-Louis, en 1832. Le testicule droit était tuméfié et inégal. L'auteur se demande si cette complication ne serait pas due à une maladie vénérienne dont le malade était affecté ; toutefois il combat cette supposition en faisant observer que les préparations mercurielles et la décoction de Zittmann ont été sans action sur cet engorgement. Le malade que j'ai observé avait aussi un testicule induré, mais chez lui la nature de l'affection n'était point douteuse, car il n'avait jamais eu de maladie vénérienne.

J. P. Frank. et Napoléon. (*Souvenirs de voyage*); par Osiander.) — Quelques éclaireurs français avaient déjà pénétré dans la ville de Vienne, lorsque le général Rapp arriva en grande hâte auprès de Franck et lui dit : « L'empereur vous ordonne de venir immédiatement à son quartier-général d'Elbersdorf; le maréchal Lannes est dangereusement blessé. » En arrivant, Franck apprend que le maréchal ayant eu les deux cuisses emportées par un boulet, avait été amputé après avoir perdu huit livres de sang. Il déclara son état sans espoir et se borna à prescrire du camphre. Dans la nuit, Napoléon arriva et lui dit : « Dites-moi, docteur, de quoi le malade est-il mort? Il répondit qu'épuisé des fatigues de la guerre, et après la perte de huit livres de sang, il avait succombé à une fièvre nerveuse. Napoléon ne répondit rien, lui demanda s'il était Italien, et s'éloigna.

L'empereur le fit demander de nouveau quelques jours après. Il trouva dans la salle d'attente le docteur Jvan qui lui donna quelques détails sur les habitudes de Napoléon. Celui-ci était au bain, lui montra une éruption dartreuse qu'il avait sur le dos, et parla d'autre chose.

Napoléon avait proposé à Franck de le prendre à son service; celui-ci n'avait ni accepté ni refusé. Aussi dès que Corvisart arriva, Franck se rendit chez lui. Mais Corvisart le reçut assez mal et lui dit : « Voulez-vous effectivement entrer au service de France, oui ou non? — Vous ne connaissez pas le vieux docteur Franck, répondit le médecin allemand, vous êtes premier médecin de l'empereur avec 30,000 francs d'honoraires; je suis conseiller d'état en Russie, et j'ai à Pétersbourg 42,000 roubles; je suis très-satisfait de ma position et n'ai fait aucune dé-

marche pour entrer au service de Napoléon. En ce cas, je le dirai à l'empereur, répondit Corvisart. »

(*Neue Zeitschrift fur Geburtskunde t. II*, 3e *cahier.*)

Ch. Martins.

UN MOT SUR LE MOUVEMENT SCIENTIFIQUE ET MÉDICAL EN ALLEMAGNE.

Les peuples ont leurs illusions comme les individus; ils s'aveuglent sur eux-mêmes et se trompent en jugeant les autres. Pour la plupart des Français, un Allemand est nécessairement un homme à imagination, ennemi du positif, amoureux de l'extraordinaire et ne reculant pas devant le merveilleux. Cette opinion est partiellement vraie; elle ne l'est pas d'une manière absolue. En effet, si nous suivons la marche des sciences en Allemagne, nous verrons combien de démentis éclatants on peut donner à cette conviction. Dans les sciences mathématiques, la patrie des Euler et des Leibnitz n'a point dégénéré, et le pays qui possède des géomètres tels que Gauss, Jacobi, Diriclet, etc., n'a point de parallèle à redouter. Les sciences astronomiques sont plus cultivées au delà du Rhin qu'elles ne le sont chez nous. Des observateurs infatigables couvrent toute la surface de l'Allemagne, et de nombreuses découvertes sont le fruit de leurs travaux. MM. Bessel, Struve, Schumacher, Guillaume Beer, Maedler, Olbers, Littrow, sont les dignes successeurs de Kepler et de Copernic. En physique, mais surtout en chimie, on compte un grand nombre d'hommes éminents, parmi lesquels MM. Berzélius, Mitscherlik, Liebig et Henri Rose, occupent le premier rang. Ainsi,

comme on voit, l'Allemagne est riche en hommes éminents dans les sciences positives par excellence. Si nous examinons maintenant celle d'entre les sciences médicales qui s'en rapproche le plus, nous remarquons un singulier changement dans la marche des idées et dans la direction des travaux. Au commencement du siècle, la *philosophie de la nature* était en grand honneur en Allemagne; et, sous son influence, tous les travaux anatomiques, tels que ceux de Gœthe, Ocken, Carus, Spix, Tiedemann, Meckel, etc., avaient une tendance vers les généralisations hardies. On comparait la structure des différentes parties du corps en cherchant à les ramener à un même type. On établissait des rapports entre le développement de l'embryon et les divers degrés de l'échelle animale. En un mot, on marchait dans cette voie large et féconde à laquelle nous devons les découvertes de MM. Geoffroy-Saint-Hilaire père et fils, Serres, de Blainville, etc. Depuis dix ans environ, il semble qu'une réaction se soit opérée dans les esprits; on dirait que les anatomistes ont reculé devant la grandeur de l'horizon qui s'ouvrait devant eux. Tandis qu'en France on cherche à étendre les limites de l'anatomie transcendante, les Allemands sont revenus aux descriptions exactes, aux analyses délicates, aux travaux de classification qui sont la base de l'anatomie comparée, mais qui ne sont point le but final de cette science. Ils entassent matériaux sur matériaux, et sont aussi timides dans leurs généralisations que leurs prédécesseurs étaient hardis. On ne saurait méconnaître ici une réaction de ce qu'on est convenu d'appeler l'esprit positif. Il est évident qu'en se cramponnant aux faits, en ne concluant de leur comparaison que ce qu'ils renferment implicitement, on risque peu de se tromper; mais aussi l'on ne saurait s'élever à des lois générales, car celles-ci n'expliquent jamais

tous les faits particuliers, et sont par conséquent sujettes à des objections de détail qui arrêtent les esprits timorés. En médecine, il serait difficile de dire quelle est la tendance actuelle de l'Allemagne. Deux grandes erreurs, le magnétisme et l'homéopathie, sont sorties de son sein, mais elles n'ont pas eu d'influence sur la marche générale de la science. Il y a plus : dans le public elles n'ont pas eu plus de succès que parmi nous. Partout et toujours l'homme malade sera superstitieux ; à ses yeux, son mal est toujours un mal extraordinaire, comment le remède ne le serait-il pas? Quelle confiance peut inspirer un médecin qui raisonne avec son malade et qui lui prouve souvent qu'il aurait pu se guérir lui-même en se fiant aux indications que le bon sens fournit à tous ceux qui n'en sont pas complètement dépourvus? Ferez-vous jamais comprendre aux gens du monde que l'hygiène est la condition principale d'une bonne santé ; que le régime est la base de tout traitement médical, et qu'il est plus important d'exécuter les ordonnances qui regardent le cuisinier que celles qui s'adressent au pharmacien. Le succès de l'homéopathie et du magnétisme reposent donc sur une infirmité morale de l'espèce humaine, et dureront jusqu'à ce qu'un autre appât soit offert à la crédulité publique. Ne soyons donc pas trop sévères envers nos voisins sur ce chapitre, mais disons-leur avec franchise qu'ils ont été bien lents à profiter des impulsions diverses que Bichat, Pinel, Laënnec et Broussais, ont données à la médecine. Tandis que chez nous tout était remis en question, tandis qu'on cherchait à édifier la science médicale, tantôt à l'aide d'une bonne classification, tantôt en la fondant sur l'anatomie pathologique ou sur la localisation des maladies ; pendant que des discussions animées passionnaient les médecins français et faisaient jaillir des

éclairs de lumière au choc des opinions, les médecins allemands continuaient les erremens d'une pratique peu éclairée; uniquement préoccupés des symptômes sans remonter aux lésions organiques ou fonctionnelles, ils s'étudiaient à connaître tous les petits secrets d'une thérapeutique bien problématique.

Hufeland peut être considéré comme le représentant de cette époque, et la naïve assurance, la satisfaction intime avec laquelle il vante les remèdes qu'il a mis en usage chez tel ou tel malade qu'il a vu guérir, font regretter qu'on ne puisse partager une conviction aussi légèrement acquise.

Mais, depuis quelques années, une réaction énergique se montre de tous côtés. Les professeurs des universités, forts de leurs connaissances des langues étrangères, savent tout ce qui se fait à l'étranger, et vérifient les assertions ou répètent les expériences. L'anatomie pathologique est cultivée avec soin ; on publie de grands ouvrages à l'imitation de celui de M. Cruveilhier ; à Vienne surtout, le professeur Rokitansky a donné une vive impulsion à cette branche de la médecine. Ainsi, l'on peut considérer maintenant l'Allemagne comme le pays où les idées, les opinions émises en Angleterre et en France sont discutées avec ce calme et cette patience qui caractérisent la nation. Aucun système, aucune opinion ne prédomine, toutes sont acceptées avec impartialité, mais avec réserve. Le voyage de Paris et de Londres étant le complément nécessaire de toute bonne éducation médicale allemande, les jeunes praticiens connaissent non-seulement les écrits, mais encore les hommes qui les ont faits. Ils savent le degré de confiance qu'ils peuvent leur accorder, et ne se laissent imposer ni par les grands noms ni par les assertions hautaines. La réaction humorale qui se fait parmi nous sera

accueillie avec faveur par les Allemands ; c'est un retour vers les anciennes doctrines, une transaction entre le solidisme de l'école de Bichat et l'humorisme du siècle dernier. Aussi je ne crois pas me tromper en disant que l'Allemagne se trouve naturellement appelée à juger entre les diverses écoles qui nous partagent, à moins qu'il n'apparaisse un de ces génies puissants qui, devançant leur siècle, mettent tout le monde d'accord, parce que personne n'est en état de les combattre.

CH. MARTINS.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

INSTITUT DE FRANCE.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Juin et juillet 1842.)

Anus artificiel dans la région lombaire. — Nature et traitement de la variole. — Origine de la membrane caduque. — Structure des poumons. — Election dans la section de médecine et de chirurgie. — Revaccination. — Terminaison des nerfs. — Nouvel alcali extrait du quinquina — Développement de la membrane caduque.

SÉANCE DU 4 JUILLET. — *Anus artificiel dans la région lombaire.* — M. Amussat lit un mémoire sur la possibilité d'établir une ouverture artificielle à l'intestin colon chez les enfants imperforés.

Après avoir passé succinctement en revue toutes les opérations faites et proposées pour remédier à l'imperforation de l'anus, M. Amussat fait observer que, avant ses

travaux, la méthode de Littre était la seule qui fût mise en usage.

Récapitulant ensuite les observatious dont il a déjà donné connaissance à l'Académie, et celles qu'il a recueillies depuis la lecture de son premier mémoire, M. Amussat compte sept opérations pratiquées par lui en faisant l'ouverture à la région lombaire. Ces faits prouvent directement la possibilité de pénétrer dans l'intestin, sans ouvrir le péritoine. D'ailleurs, l'étude de la constitution anatomique de cette région suffirait pour mettre la chose hors de doute; et, malgré toutes les objections dont cette partie de son travail a été l'objet, M. Amussat se croit autorisé, d'après ses dissections, à affirmer que la disposition anatomique favorable au succès de l'opération est la règle, et la disposition contraire l'exception.

Nature et traitement de la variole. — M. le docteur Seigneurgens envoie un mémoire sur la petite vérole. L'auteur, se fondant sur ce que la vaccination ne prévient pas toujours la variole, conclut que cette maladie est due à une cause spécifique qui n'a pas encore été indiquée. En suivant l'analogie et raisonnant aussi d'après les symptômes de la maladie et le succès d'un traitement qui lui a donné les résultats les plus satisfaisants, il pense que la variole tient à la présence d'insectes. Le traitement qu'il propose consiste dans l'emploi des préparations de mercure, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur.

M. Serres: L'idée que l'auteur du mémoire a reproduite n'est pas nouvelle dans la science. On a fait de nos jours beaucoup de recherches microscopiques pour constater l'existence des animalcules de la variole, et l'on n'a pas pu y parvenir. Les observations que j'ai entreprises personnellement n'ont pas eu plus de résultat.

On pourrait croire que la première pensée du traitement abortif de la variole a été inspirée par la persuasion où l'on était que cette maladie était causée par des insectes. Quoi qu'il en soit, mes premiers essais sur l'emploi de cette méthode datent de 1825, et il est à remarquer que les substances dont l'application m'a donné les meilleurs résultats sont précisément celles où entraient des préparations mercurielles, l'onguent napolitain, le vigo cum mercurio.

Il est encore un fait clinique qui aurait pu sembler favorable à l'hypothèse des animalcules. En recouvrant chaque pustule d'une capsule de verre que l'on maintenait en place durant quelques jours, j'ai vu le travail d'éruption continuer, languir ou avorter complètement, suivant que le verre était transparent, ou qu'on l'avait rendu plus ou moins opaque. Cette influence était évidemment due au contact de l'air. L'expérience, du reste, n'a pas seulement été un objet de curiosité; elle m'a conduit à modifier quelques-unes des mesures hygiéniques employées dans la petite vérole; et, tandis qu'auparavant on plaçait en général le varioleux dans des lieux aussi bien aérés et éclairés que possible, on sait maintenant que les endroits obscurs conviennent beaucoup mieux à ce genre de maladie, et que ce seul changement suffit en général pour imprimer à son évolution la marche la plus favorable. Je n'ai jamais eu de plus beaux succès à la Pitié qu'une année où l'on avait été forcé de coucher les varioleux dans une salle basse, mal aérée, très-obscure, une espèce de cave. Les varioles confluentes y étaient on ne peut plus rares. Actuellement, dans cet hôpital, on les a transportés du premier étage au rez-de-chaussée, et l'on s'en trouve bien.

Je profiterai de cette occasion pour dire quelques mots

sur la revaccination, sujet qui va bientôt revenir à l'ordre du jour, à propos des prix proposés par l'Académie. J'ai été à même d'observer de 17 à 1800 cas de variole, soit dans ma pratique particulière, soit dans le service des hôpitaux. Or, je puis déclarer que les individus qui ont eu la variole deux fois sont aussi nombreux que ceux qui l'ont eue après une première vaccination. L'observation de ces faits m'a conduit à penser qu'il y aurait des individus, des familles qui viennent au monde avec une prédisposition à contracter la variole deux fois, comme d'autres à ne l'avoir qu'une seule.

(Commissaires : MM. Magendie, Serres, Breschet et Milne Edwards.)

SÉANCE DU 11 JUILLET. — *Origine de la membrane caduque.* — M. Coste lit un mémoire qu'il avait annoncé dans la dernière séance sur la formation de la membrane caduque. Voici les conclusions que l'auteur a établies :

1° La membrane caduque utérine ne forme pas toujours une ampoule close de toutes parts, puisque, dans l'espèce humaine, par exemple, elle offre deux ouvertures du côté des trompes de Fallope, et une troisième vers le museau de tanche.

2° Cette membrane n'est pas seulement juxta-posée contre les parois de la face interne de l'utérus; mais elle y adhère, *à cette époque*, par une si étroite continuité de tissu, qu'il n'est pas possible de distinguer les limites de la muqueuse utérine; en sorte que ces parties semblent s'être confondues et ne former qu'un seul tout.

3° Au lieu d'être une couche sans texture, la caduque porte, au contraire, dans son épaisseur, une telle quantité de vaisseaux et d'un tel calibre qu'on ne peut la comparer, pour la richesse, qu'à une sorte de rate ou de corps

thyroïde que l'on supposerait étalé en membrane et recouvrant l'œuf comme d'un lac de sang.

M. Coste se propopose de traiter, dans un prochain travail, de la manière dont le sang maternel arrive au placenta, et de la part que la caduque prend à la formation de ce dernier.

(Commissaires : MM. Magendie, Serres, Flourens, de Blainville et Breschet.)

Structure des poumons. — M. Bourgery lit l'extrait d'un mémoire sur la structure du système capillaire aérien du poumon.

Élection dans la section de médecine et de chirurgie. — MM. Rayer, Ribes père, Jules Guérin et Fourcault écrivent à l'Académie pour se présenter comme candidats à la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie par la mort de M. Double.

Revaccination. — M. le docteur Lemazurier envoie à l'Académie le résultat des revaccinations qui viennent d'être pratiquées sous ses yeux, sur 109 élèves du collége royal de Versailles. A l'exception de 15, tous ces élèves présentaient des traces d'une ancienne vaccination. Tous avaient, en entrant au collége, fourni des certificats de vaccine; quelques-uns d'entre eux, mais en petit nombre, avaient déjà été revaccinés sans succès. Leur âge était de 14 à 15 ans. Trois piqûres ont été faites à chaque bras. Les premiers résultats, constatés le cinquième jour après l'opération, ont été les suivants :

6 élèves n'offraient aucun travail vaccinal.

27 ont présenté tous les caractères de la vaccine vraie; chez plusieurs la réaction inflammatoire a été très-intense;

25 ont eu des éruptions vaccinales entre la vraie et la

fausse vaccine, caractérisées par un travail plus précoce et par la forme conique des pustules;

51 élèves au moins ont présenté la fausse vaccine ordinaire déjà parvenue à la période de dessiccation.

Les jeunes gens chez lesquels la vraie vaccine s'était développée ayant été examinés de nouveau deux jours après, les pustules ont été trouvées en très-bon état et avec un développement remarquable.

Terminaison des nerfs. — M. Mandl adresse à l'Académie un mémoire sur la terminaison des nerfs. Les résultats auxquels l'auteur est arrivé peuvent se résumer dans les propositions suivantes :

M. Mandl a pu constater en général la terminaison des nerfs en anses, ainsi que l'avaient démontré les observations de MM. Prévost et Dumas, Valentin, Emmert, Burdach, etc.; mais son attention était particulièrement fixée sur ce point, savoir : comment les nouvelles parties qui se forment pendant l'accroissement acquièrent-elles des fibres nerveuses? Quelle que soit l'époque de l'âge auquel on examine le corps d'un animal, on voit toujours les nerfs se terminer sous formes d'anses. Or, pour que les nouvelles portions du parenchyme qui se forment pendant l'accroissement soient pourvues de nerfs, on pourrait penser qu'il existe quelque part des espèces de bourgeons nerveux, d'où les fibres primitives prennent naissance pour se répandre dans le tissu. Mais l'observation directe n'a pas démontré à l'auteur, quelque part que ce soit, l'existence de bourgeons pareils. Voici le résultat des observations qu'il a faites dans ce sens et qui lui paraissent résoudre la question.

M. Mandl a observé que les faisceaux des nerfs des jeunes animaux ne sont pas pourvus d'un névrilème. Or, quand le nouveau parenchyme se forme, il commence

par la production de quelques corpuscules entre les fibres primitives d'un faisceau; une ou plusieurs fibres élémentaires se trouvent, par suite de cette nouvelle production, à cet endroit, écartées du restant du faisceau. Au fur et à mesure que les corpuscules se produisent, les fibres primitives, qui d'abord n'étaient que peu éloignées de la direction du faisceau, s'écartent davantage pour former à la fois une véritable anse. (L'intention de l'auteur, néanmoins, n'est pas d'avancer que le nouveau parenchyme ne se forme qu'entre les fibres primitives des nerfs.) Il paraîtrait résulter aussi de ces observations que le nombre des fibres primitives est le même dans les jeunes animaux et chez les adultes, puisque nulle part on n'a pu constater la division d'une fibre en deux. Ces observations se font le plus facilement sur la queue transparente du têtard.

SÉANCE DU 18 JUILLET. *Nouvel alcali extrait du quinquina.* — M. MANZINI lit un mémoire sur la cinchovine, alcali nouveau extrait du quinquina.

Le quinquina Jaën du commerce, qui est aussi le quinquina blanc de la Condamine, et l'écorce du *cinchona ovata* de la Flore du Pérou, a été de tout temps considéré comme dénué des propriétés fébrifuges des bons quinquinas, et par suite rejeté de la pratique médicale. En effet, je n'ai réussi à y découvrir ni quinine ni cinchovine; mais j'ai pu y constater la présence d'une base végétale nouvelle, que j'appellerai cinchovine, ou quinovine (de *cinchona*, ou *quina ovata*).

La préparation de cette substance est exactement la même que celle de la quinine. Elle se présente sous forme de cristaux prismatiques, allongés, blancs, inodores, d'une

saveur amère, mais longue à se développer, vu son peu de solution. L'alcool la dissout très-bien, surtout à chaud; l'éther la dissout moins bien, et elle est presque insoluble dans l'eau. Les acides étendus la dissolvent et forment des sels qui d'ordinaire cristallisent assez facilement, très-solubles dans l'alcool, même faible, moins à chaud qu'à froid, et dont les solutions sont précipitées par des alcalis et leurs carbonates, qui en séparent la cinchovine par l'iodure de potassium, le bi-chlorure de platine, le chlorure d'or et autres chlorures métalliques. L'ammoniaque précipite aussi les sels de cinchovine, et met la base en liberté; mais une partie seulement de cinchovine se précipite à l'état insoluble, surtout si l'excès d'ammoniaque est un peu considérable; car une partie de la base reste dissoute à la faveur de l'ammoniaque, et se dépose en cristaux déliés par l'évaporation de cette dernière; la portion même de cinchovine qui s'était précipitée, et qui était entièrement amorphe, finit par se changer en une masse cristalline d'un blanc nacré éblouissant. Il faut deux ou trois jours de temps pour que cet effet se produise. La solution alcoolique de cinchovine est très-amère; elle ramène au bleu le tournesol rougi par les acides, et verdit le sirop de violettes.

Soumise à une température successivement croissante jusqu'à + 150, la cinchovine ne change pas d'aspect et ne diminue pas de poids. Chauffée dans un tube à + 188°, elle fond en un liquide brunâtre, sans se volatiliser; par le refroidissement, elle se solidifie en une masse d'apparence résineuse, de la couleur de la colophane, fendillée sur toute sa surface; dans cet état, son poids est le même qu'avant la fusion, et, si on la fond de nouveau, on trouve que son point de fusion n'a pas changé. La cinchovine fondue et refroidie est également soluble dans

l'alcool bouillant, et s'en dépose en cristaux par le refroidissement. Vers + 198°, cette matière se décompose ; elle fournit alors des produits empyreumatiques d'une odeur très-fétide, et laisse un charbon très-volumineux. Ces expériences démontrent que la cinchovine cristallisée est complètement anhydre.

La composition de la cinchovine est indiquée par les chiffres suivants :

C^{26}	3450,00	....	69,80
H^{34}	337,50	....	6,83
AZ^{4}	354,08	....	7,16
O^{8}	800,00	....	16,21
1 équival. cinchovine,	4941,58	....	100,00

Ces nombres de la théorie s'accordent très-bien avec ceux de l'expérience.

D'ailleurs, l'exactitude de cette formule se trouve confirmée par l'analyse du bi-sulfate de cinchovine. Ce sel, que l'on prépare aisément en dissolvant à chaud cette base dans un léger excès d'acide sulfurique très-dilué, et laissant cristalliser la solution, m'a donné des résultats qui conduisent à la formule suivante :

			Calculés.		Trouvés.
C^{26}	3450,00	...	55,92	...	55,59
H^{38}	362,50	...	5,88	...	6,07
AZ^{4}	354,08	...	0,00	...	0,00
O^{12}	1000,00	...	0,00	...	0,00
2 SO^{3}	1002,24	...	16,24	...	16,68
1 équival. de bisulfate,	6162,24		100,00		100,00

Et la formule atomique du sel sera :

$$2SO^{3}\ C^{26}\ H^{34}\ AZ^{2}O^{4} + 2H^{2}O.$$

(Commissaires, MM. Dumas, Pelouse et Regnault.)

M. Lesauvage, de Caen, écrit pour réclamer la propriété sur quelques-unes des idées émises dans le dernier travail de M. Coste, relativement à l'origine de la membrane caduque (V. Gaz. Méd., n. 28 et 29), idées qu'il doit avoir énoncées lui-même dans un mémoire publié en 1837, sous le titre de Recherches sur le développement, l'organisation et les fonctions de la membrane caduque (V. Arch. génér. de méd., 2e série, t. II, p. 37).

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

(Juin et juillet 1842.)

Emphysème pulmonaire considéré comme cause de mort. — Mécanisme du tact et des sensations. — Observation de Pellagre.—Préparations d'or; leur efficacité. — Nature et siège de certaines espèces de toux. — Nature de la suette miliaire.

Sur l'emphysème pulmonaire considéré comme cause de mort. — L'importance de ce travail nous engage à en donner un résumé substanciel. — M. *Prus* commence par rappeler que Laënnec a signalé l'emphysème pulmonaire comme une des maladies qui exigeaient le plus impérieusement de nouvelles recherches. Il cite MM. Piedagnel, Leroy d'Étiolles, Storke (de Dublin), et M. Louis, comme ayant répondu à cet appel. Il insiste sur deux des conclusions du travail de ce dernier, qui sont : 1° que l'emphysème pulmonaire, une fois existant, persiste et se développe tantôt lentement, tantôt avec rapidité ; 2° que l'emphysème pulmonaire présente généralement une étendue en rapport avec sa durée.

Malgré ces travaux, le sujet est loin d'être épuisé.

M. Prus pose les principales questions qu'il serait im-

portant de résoudre; mais en ce moment il ne s'occupe que d'une seule, celle de savoir si l'emphysème pulmonaire peut entraîner la mort.

Laënnec et M. Louis déclarent formellement que l'emphysème pulmonaire n'est jamais mortel.

MM. Magendie, Breschet, Piedagnel, Leroy d'Étiolles, Ollivier d'Angers, Devergie, et Bouvier sont dans une conviction contraire.

Les faits seuls doivent faire cesser cette dissidence. La science possède déjà des observations nombreuses établissant que l'emphysème pulmonaire peut exister pendant plus ou moins longtemps sans abréger beaucoup la vie. Mais ces faits négatifs ne peuvent détruire les faits positifs qui prouvent que, dans certains cas, l'emphysème pulmonaire peut amener une mort plus ou moins prompte. Ces derniers faits sont encore très-peu nombreux. Ils se réduisent en effet à une observation recueillie par M. Magendie et publiée par M. Breschet dans son article Emphysème, du grand dictionnaire des sciences médicales, et à une autre recueillie et publiée par M. Ollivier d'Angers. M. Prus a pu recueillir à Bicêtre et à la Salpêtrière huit nouveaux faits du même genre, qui doivent avoir une grande influence sur la solution d'une question importante pour la pathologie, plus importante encore pour la médecine légale.

Si l'emphysème pulmonaire, quel que soit son développement, quelle que soit la rapidité avec laquelle il est survenu, ne peut jamais déterminer la mort, il faut que les médecins légistes tiennent compte de cette lésion sans lui attribuer des effets qu'elle ne saurait produire.

Si, au contraire, cette affection peut entraîner une mort prompte et même subite, le médecin chargé d'une

ouverture juridique devra, dans l'occasion, signaler cette cause de mort, et ne pas permettre qu'on attribue à un crime les effets naturels d'une maladie encore trop peu connue.

M. Prus saisit l'Académie de cette question. Il est temps, dit-il, que son jugement prévienne les inconvénients de plus d'un genre qui résultent de l'incertitude des esprits à cet égard.

Il rapporte l'histoire d'un individu trouvé mort sur la grand'route, et chez lequel le médecin chargé de l'autopsie ne constata d'autre lésion qu'un emphysème pulmonaire considérable; ne voulant pas juger la question par lui-même, ne trouvant pas dans les auteurs de médecine légale de faits propres à dissiper ses doutes, ce médecin écrivit à un de ses amis de Paris pour savoir si la science avait prononcé sur ce point. La réponse fut et devait être négative.

M. Prus espère que les faits contenus dans son mémoire contribueront à faire triompher enfin la vérité; mais, avant de les exposer, il croit nécessaire de déterminer le siége véritable de l'emphysème pulmonaire.

Laënnec et M. Louis admettent deux espèces d'emphysème pulmonaire, l'une beaucoup plus fréquente, consistant dans la dilatation des vésicules, l'autre assez rare, due au passage de l'air dans le tissu cellulaire interlobulaire et sous-pleural.

M. Prus établit, d'après l'anatomie, la physiologie expérimentale et l'anatomie pathologiqre, qu'on ne doit donner le nom d'emphysème pulmonaire qu'à la présence de l'air dans les tissus cellulaire, intervésiculaire, interlobulaire et sous-pleural; ce sont trois degrés d'une même maladie. La dilatation des vésicules pulmonaires, si elle

existe, est certainement beaucoup plus rare, et surtout beaucoup moins considérable qu'on ne l'a dit et répété, sans un examen suffisant, depuis les travaux de Laënnec.

Viennent ici les dix observations sur lesquelles repose le travail de M. Prus; elles sont beaucoup trop longues pour que l'auteur ait cru devoir en donner lecture à l'Académie. Il s'est borné à exposer les réflexions que ces faits lui ont suggérées et les conclusions qu'il en a déduites.

Après avoir établi qu'il faut maintenir soigneusement la distinction qui existe entre l'asthme proprement dit et l'emphysème pulmonaire qui en est une suite fréquente, mais qui peut exister sans lui, M. Prus présente le tableau complet des symptômes et des lésions qu'on observe chez les sujets atteints d'emphysème pulmonaire à un degré pouvant entraîner la mort.

Dans la discussion des faits qui lui appartiennent, il insiste sur ce point qui n'a pas encore été signalé, c'est que les individus qui succombent à un emphysème pulmonaire ont le sang dans des conditions particulières. Le sang est constamment liquide, noirâtre et comme huileux, ce qui, d'ailleurs, s'accorde parfaitement avec le genre de mort de ces malades qui sont asphyxiés.

M. Prus présente et réfute les objections qui lui semblent pouvoir être faites à la doctrine qu'il soutient et qui, pour lui, est résultée des faits qu'il a eus sous les yeux.

M. Prus cite Floyer et Dupuy, pour prouver que l'emphysème pulmonaire qu'on rencontre souvent chez les chevaux poussifs est en tout point pareil à l'emphysème pulmonaire de l'homme. Chez l'un et chez l'autre le siége et la gravité de la maladie sont les mêmes.

Il termine son mémoire en rapportant et discutant des observations d'emphysème pulmonaire dues à Morgagni,

Ruysch, Van Swieten, Floyer, Storke; il montre que ces trois derniers avaient une connaissance exacte du siége et du danger de cette altération pathologique. Storke admettait, avec raison, une phlegmasie aérienne, *phtisis seu consumptio aerea.*

Voici les principales conclusions de ce travail.

Le siége de l'emphysème pulmonaire est dans le tissu cellulaire intervésiculaire, interlobulaire et sous-pleural.

L'emphysème pulmonaire peut amener une mort lente et qu'il est facile de prévoir longtemps à l'avance. C'est la phthisie aérienne de Storke.

L'emphysème pulmonaire peut déterminer une mort prompte et même subite. Ce sont ces cas qui appellent l'attention des médecins légistes.

Séance du 21 juin. — *Mécanisme du tact et des sensations.* — M. Gerdy lit un travail ayant pour titre : *Sur la sensation du tact et sur les sensations cutanées.* Les diverses impressions produites par le contact des corps avec la peau, dit l'auteur, ne sont pas toutes des sensations tactiles. Il en est qui ne méritent pas ce titre, et je les distingue sous le nom de sensations physiques générales. Ainsi, le choc d'un corps, l'action d'un caustique, le contact d'une substance très-chaude ou très-froide, comme le mercure congelé, par exemple, ne réveillent dans l'esprit aucune notion propre à faire reconnaître la nature de l'agent qui engendre ces sensations. Tout le monde sait en effet qu'en voulant juger d'un corps par le simple contact, on confond très-souvent une sensation de froid avec une sensation de chaleur.

Si nous envisageons un autre ordre de phénomènes, il n'est pas moins certain qu'un cheveu promené sur les lèvres, la main passée sur la plante des pieds ou sur

d'autres régions, donnent lieu à des effets également spéciaux, également distincts des sensations proprement dites; car celles qui nous révèlent le nombre, la forme, la direction, les connexions, etc., des corps sont bien différentes de celles-ci. C'est donc à la propriété de percevoir les impressions de ce dernier ordre qu'il faut réserver le nom de sensibilité tactile. Il est vrai toutefois que la sensation tactile s'accompagne toujours d'une impression toute physique; et il ne pouvait en être autrement, puisque c'est nécessairement le contact d'un corps avec la surface tégumentaire qui est l'excitant de la sensation.

Séance du 28 juin. — *Observation de pellagre.* — M. Gibert, médecin de l'hôpital Saint-Louis, écrit à l'Académie qu'il a en ce moment dans son service, salle Napoléon, un malade atteint de pellagre, maladie extrêmement rare en France. Il propose de faire constater le cas aux membres qui voudraient aller visiter ce malade. (Voir ci-dessus, page 5, les détails de cette curieuse observation.)

M. Emery est chargé par l'Académie d'aller vérifier la nature de l'affection.

— MM. Honoré, Husson et Bousquet sont désignés pour assister, au nom de l'Académie, au service qui sera célébré pour l'anniversaire de la mort d'Itard.

Séance du 5 juillet. — *Emploi des préparations d'or.* — M. Chrestien lit un mémoire sur les préparations d'or et leur efficacité. Voici un extrait de ce travail :

L'efficacité des préparations d'or n'est donc plus un problème à résoudre. Elle repose sur un nombre de faits trop considérables, exposés trop clairement, puisés à des

sources trop estimées et recueillis dans des climats trop différents pour qu'on puisse la révoquer en doute. Elle est encore prouvée par la divergence d'opinions qui existe entre la commission de l'Académie des sciences, déclarant en 1817 que les préparations d'or, très utiles dans les véroles constitutionnelles, ne conviennent nullement aux maladies syphilitiques récentes et aiguës, qui, par cet emploi, sont exaspérées et compliquées d'accidents nouveaux et très graves, et les médecins de l'hôpital de New-York, qui, à la même époque, tirèrent de leurs expériences la preuve irréfragable de l'efficacité de l'or, égale à celle du mercure, et de sa supériorité même dans quelques cas, lorsqu'il s'agit de la syphilis primitive, tandis qu'ils crurent ne pouvoir pas compter sur l'or pour une cure radicale lorsqu'il s'agit des symptômes secondaires (1). Je pourrais faire intervenir aussi, contre la commission de l'Académie des sciences, Cullerier qui, en 1819, publia, dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, des résultats analogues à ceux des médecins de New-York. Mais le chirurgien en chef de l'hôpital des vénériens de Paris a été trop victorieusement combattu par M. Legrand (2) pour que je ne passe pas outre; d'ailleurs, il me suffit d'avoir indiqué l'existence de deux camps, dont l'un est pour l'efficacité de l'or contre la syphilis primitive, et l'autre contre la syphilis constitutionnelle : la conclusion naturelle de la différence des résultats me paraît être la preuve la plus péremptoire de l'ef-

(1) Voyez pour plus de détails : *New-York medical repository*, t. XIX, page 180.

(2) *De l'or et du mercure dans le traitement de la syphilis*, par A. Legrand, d'Amiens, page 131 et suiv.

ficacité de l'or autant dans la syphilis primitive que dans la syphilis consécutive.

Comment expliquer cette différence de résultats? Je crois en avoir trouvé la clé dans les conférences que j'ai eues avec un assez grand nombre de médecins, soit à l'étranger, soit dans les différents hôpitaux, et dans les remarques que m'a fournies leur pratique.

Tout en admettant la spécialité de l'inflammation syphilitique, il ne faut pas oublier que celle-ci a, comme toutes les autres, quatre éléments communs, qui sont : 1° l'éréthisme nerveux, 2° le mouvement fluxionnaire, 3° l'état de congestion, 4° la phlogose; de plus, elle a quelque chose que nous ne pouvons pas apprécier au juste, et que nous appelons pour cela *spécifique*. Or, ceux, qui se contentent de combattre ce cinquième élément commettent une erreur tout aussi grossière que ceux qui, le méconnaissant, ne combattent que l'état de congestion et la phlogose. C'est pour avoir administré les préparations d'or beaucoup trop tôt, alors que l'inflammation était trop aiguë, que plusieurs médecins ont vu échouer les préparations d'or dans le traitement des symptômes syphilitiques primitifs; ils ont transgressé un précepte de pathologie générale qu'ils suivent pourtant dans toutes les autres maladies. L'auteur de la méthode iatraleptique a-t-il prétendu que l'emploi de ses préparations suffit pour la guérison des maladies syphilitiques? Il a enrichi la matière médicale de nouvelles préparations; mais il n'a pas dit qu'elles fussent exemptes dans leur emploi de l'application des règles de l'art; il a dit, au contraire formellement, à la page 342, que, « dans les véroles récentes, et lorsque les symptômes annoncent la période inflammatoire, ceux-ci s'exaspèrent par l'action

du nitrate d'or, donné même avec prudence, et il a été obligé de le répéter dans sa lettre à M. Magendie (p. 17.)

L'inflammation n'est pas la seule complication qui rende la syphilis réfractaire au traitement le plus méthodique et le mieux approprié ; mais il serait trop long d'insister sur les complications qui peuvent se présenter. Il est presque superflu de dire qu'il faut chercher à les découvrir pour leur opposer les moyens curatifs qu'elles exigent. Cependant, je ne saurais passer sous silence la *fièvre bilieuse gastrique*, dont quelques théoriciens modernes veulent méconnaître l'existence, et qui, sous le climat de Montpellier, est une des complications les plus fréquentes de la syphilis. J'ai souvent vu, dans les hôpitaux, des maladies vénériennes dont la guérison était déjà avancée, s'arrêter tout à coup et suivre même une marche rétrograde : il a suffi, la plupart du temps, d'augmenter la dose des substances purgatives qui entrent dans la composition de la tisane de Vigaroux, usitée à l'hôpital Saint-Eloi. Feu le professeur Fages nous disait souvent, dans ses savantes leçons, avoir vu les symptômes les plus dégoûtants des véroles les plus invétérées ne céder au traitement antivénérien que lorsque la fièvre bilieuse avait été combattue. La suspension du traitement aurifique et l'emploi des émétiques ou des purgatifs, suivant que les uns ou les autres méritaient la préférence, ont rendu, en détruisant la gastricité, à la préparation aurifique, dont j'avais repris l'usage, toute son action bienfaisante, dit le docteur J.-A. Chrestien dans sa lettre à M. Magendie (p. 17).

C'est donc parce qu'on a négligé les avis du docteur J.-A. Chrestien que les préparations d'or ont échoué dans les mains des uns contre les symptômes syphilitiques pri-

mitifs. Je vais expliquer pourquoi elles ont échoué dans les mains des autres contre les symptômes consécutifs.

Parce qu'une substance combat victorieusement une maladie sans que nous sachions le comment, parce que cette substance est dite spécifique, ce n'est pas à dire que nous ne puissions constater dans cette substance une propriété générale. Ainsi, quoique l'opium soit dit sédatif, parce qu'il a en lui une vertu dormitive, nous constatons en outre chaque jour que c'est un stimulant, et qu'il favorise les congestions sanguines vers l'encéphale. Quoique le quinquina soit dit le spécifique contre la périodicité, nous savons en outre qu'il est tonique, et son emploi comme tel dans des maladies autres que les fièvres remplit souvent les vues du médecin. Il en est de même des préparations d'or : en outre de leur propriété antisyphilitique, elles ont une propriété excitante très-active, comme l'indique le professeur Percy dans son rapport à l'Académie des sciences : « Elles agissent, dit-il, évidemment sur l'économie et sur l'organisme ; elles y produisent des mouvements de perturbation faciles à constater ; elles provoquent des évacuations et des dépurations sensibles. » Voilà le mode d'action des préparations d'or. Ce n'est pas seulement par leur spécificité qu'elles guérissent ; ou mieux, leur spécificité réside dans cette faculté de produire des mouvements de perturbation, de provoquer des évacuations, des dépurations.

Or, c'est pour n'avoir pas su apprécier ces mouvements critiques que plusieurs médecins n'ont pas pu guérir la vérole constitutionnelle au moyen des préparations d'or. Mais provoquer ces mouvements de perturbation, les diriger, les modifier, les suspendre, les arrêter, sont des

conditions qui réclament des connaissances séméiotiques généralement peu cultivées aujourd'hui.

Il faut donc, pour le succès des préparations d'or contre la syphilis, soit primitive, soit constitutionnelle, aussi bien que pour le succès de toute préparation pharmaceutique, qu'elles soient administrées avec discernement par un homme de l'art. Elles n'appartiennent pas plus à l'empirisme que le quinquina. Il n'est pas de paysan qui n'ait une recette pour guérir les accès de fièvre : chacun dit la sienne infaillible, chacun compte ses succès et oublie les revers (1); mais le médecin seul peut se promettre la guérison, parce que seul il sait varier les préparations d'or. Quelques médecins ont cru sans doute que leur inventeur les avait jetés dans une *matière médicale* du peuple, et c'est sans doute cette prévention mal fondée qui a valu quelques ennemis à la *doctrine Chrétienne*, pour me servir du jeu de mots de M. Percy. Mais que ces praticiens jaloux de leur clientèle se rassurent. Le docteur J.-A. Chrestien avait déjà, en 1811, signalé les funestes effets qui pourraient résulter d'une administration mal dirigée de ses préparations. « En poussant la dose trop loin, disait-il à la page 399 de sa MÉTHODE IATRALEPTIQUE, je courais le risque de déterminer un éréthisme général, l'inflammation même de tel ou tel autre organe, suivant la disposition du sujet. » Il a répété ce même passage dans sa lettre à M. Magendie, parce que ce médecin, dans son formulaire, tronque la note à laquelle il appartient ; et de

(1) Le curé d'un village voisin de Montpellier, malgré son instruction, n'est pas moins entêté que bien des paysans, et n'a pas une confiance moins aveugle dans des pastilles fébrifuges qu'il distribue à ses paroissiens.

plus, cette même lettre du docteur J.-A. Chrestien à M. Magendie contient deux observations qui viennent à l'appui de sa remarque.

(Commissaires, MM. Baron, Lagneau et Guibourt.)

Séance du 12 juillet. — *Nature et siége de certaines espèces de toux.*—M. Bricheteau lit un mémoire de M. le docteur Miquel, d'Amboise, ayant pour titre : *De la toux stomacale*. Différents médecins, dit M. le rapporteur, s'étaient déjà préoccupés de cette affection. Ainsi, M. Delarroque admet cinq espèces de toux dépendant d'une lésion des viscères abdominaux, savoir : la toux gastrique, celle qui tient à un état saburral, celle qui se lie à la présence de vers intestinaux, celle qu'amènent les maladies du foie, enfin la toux dite hystérique. Cette division, fondée sur l'observation, n'a toutefois pas encore été établie par des autopsies. A défaut de ce moyen de vérification, peut-on se contenter des effets du traitement et conclure des résultats thérapeutiques à la nature du mal? Peut-on dire, par exemple, qu'une toux qui a été emportée par l'administration d'un vomitif avait son siége dans l'estomac? Une semblable déduction deviendrait immanquablement la cause d'erreurs nombreuses ; car il serait tout aussi rationnel de prétendre qu'une pneumonie guérie par le tartre stibié était une affection gastrique.

Le fait le plus important qui résulte du travail adressé par le docteur Miquel, c'est que ce médecin a triomphé de toux rebelles et opiniâtres en changeant le régime alimentaire des malades confiés à ses soins, et en faisant usage de médications dont l'action était dirigée principalement sur l'estomac.

Conclusions : adresser à l'auteur une lettre de remerciments, inscrire son nom sur la liste des candidats aux places de membres correspondants. (Adopté.)

Nature de la suette miliaire. — M. Bricheteau lit un second rapport sur un travail de M. le docteur Galy sur l'épidémie de suette miliaire qui a régné dans le département de la Dordogne. L'auteur, dit M. Bricheteau, pense que la suette est une maladie du système nerveux ; il conclut que le meilleur traitement à lui opposer consiste à faire la médecine des symptômes, qu'il appelle, on ne sait trop pourquoi, la médecine éclectique. Il réserve les médications actives pour les cas les plus graves. Du reste, ni sa théorie, ni sa pratique, n'ont obtenu l'assentiment de ses confrères, et cette dissidence donne à son travail un caractère polémique qu'il s'efforcera sans doute d'atténuer ou même de faire disparaître dans ses productions ultérieures.

Conclusions : Remerciments, dépôt aux archives. (Adopté).

POLÉMIQUE MÉDICALE ET PHILOSOPHIQUE.

Un mot sur l'épidémie régnante à Paris.

A MONSIEUR LE DIRECTEUR DE LA REVUE MÉDICALE.

Monsieur et très-honoré confrère,

Les remarques si judicieuses et si frappantes que vous avez faites récemment sur l'épidémie d'Avignon et de Strasbourg m'ont encouragé à vous adresser quelques mots sur l'épidémie régnante à Paris, épidémie qui a fixé l'attention des journaux quotidiens, et qui a été désignée généralement par le nom de *fièvre typhoïde.*

Je me trouvais dernièrement dans une réunion de médecins d'hôpitaux et de praticiens de la ville, où

s'agitaient quelques questions relatives à cette épidémie ; j'apprenais que, dans tel hôpital, sur deux cent trente malades, on comptait jusqu'à soixante individus affectés de *fièvre typhoïde ;* que, dans tel autre service, où un grand nombre de ces fièvres étaient aussi en traitement, on n'avait pas eu, dans le cours d'un mois tout entier, *un seul décès* à déplorer ; je recueillais de la bouche d'un autre médecin d'hôpital que cette *fièvre typhoïde* se terminait *toujours* en effet d'une manière heureuse, si on se bornait à la médecine expectante ; mais que la médecine active, et notamment les émissions sanguines, étaient fort nuisibles ; un autre praticien ajoutait toutefois que les laxatifs lui avaient paru utiles..... Tous s'accordaient, d'ailleurs, à désigner la maladie régnante par le nom de *fièvre typhoïde.*

Mais, quoique ce nom ait été mis à la mode par une école qui se contente volontiers de *mots* au lieu de *choses*, ne conviendrez-vous pas avec moi qu'il est on ne peut pas plus mal choisi, et, en particulier, qu'il ne saurait s'appliquer à l'épidémie régnante ?

En quoi consiste, en effet, cette épidémie ? En fièvres provoquées par les chaleurs inaccoutumées d'un été à température presque constante, qui a amené le développement de maladies analogues à celles qui règnent dans les pays chauds. Or, ces fièvres (la plupart bénignes, comme il a été dit ci-dessus), ne revêtent que très-rarement la forme stupescente ou *typhoïde* (si l'on veut à toute force rappeler une des formes symptômatiques signalées par *Hippocrate*), mais ont tantôt la forme bilieuse, tantôt la forme muqueuse ou catarrhale, quelquefois même la forme inflammatoire, rarement la forme ataxique, chez plusieurs sujets le type rémittent, mais presque jamais la forme adynamique ou putride grave, qui est

celle précisément à laquelle conviendrait le moins mal le nom de *typhoïde*. Toutes ces formes tiennent évidemment au mode de réaction individuelle, qui, sous l'impression d'une cause générale, se manifeste par des phénomènes variables, suivant que c'est le système sanguin, le système nerveux, l'appareil muqueux, ou le système digestif qui réagissent principalement contre le trouble déterminé par cette cause.

Ainsi, j'ai moi-même, dans mon service de maladies de la peau à l'hôpital Saint-Louis, plusieurs individus atteints par l'épidémie. Chez les uns, il ne s'est montré qu'une fièvre presque *éphémère*, et qui se termine par des sueurs, dans l'espace de trois ou quatre jours; chez d'autres, la fièvre a pris la forme *catarrhale* : il y a eu de la toux, des nausées, un peu de dévoiement avec enduit blanchâtre de la langue. Chez un autre, la forme *ataxique* est caractérisée par de l'agitation, du délire, la paralysie de la vessie, des paroxysmes irréguliers (avec constipation, langue naturelle), etc. En ville, je soigne en ce moment le mari et la femme, pris tous deux à la fois de fièvre à forme inflammatoire et à type franchement rémittent chez le mari; à forme catarrhale très-prononcée chez la femme..... Tous deux offrent dans leur constitution et leurs habitudes un ensemble de circonstances qui expliquent très-bien cette différence.

N'est-il donc pas sage de conserver les noms classiques de ces diverses formes de fièvre, plutôt que de les réunir et de les confondre toutes sous un seul nom, qui, précisément, dans l'épidémie actuelle, se trouve celui qui est le plus impropre et le moins applicable.

N'y a-t-il pas un grand avantage, sous le rapport thérapeutique, à conserver des dénominations qui, à elles seules, présentent une indication thérapeutique? N'a-t-

on pas déjà, avec raison, expliqué par une fausse application du nom de *fièvre typhoïde* les prétendus succès de ces statisticiens qui ont publié des relevés où la mortalité à peu près nulle d'une pareille fièvre était attribuée à une méthode de traitement particulière? Si vous me permettez à cette occasion d'ajouter encore un mot sur le traitement de l'épidémie actuelle, je vous dirai en terminant, que, tout en reconnaissant avec la plupart de mes collègues que la médecine expectante était la meilleure dans cette épidémie, cependant j'ai eu aussi recours avec succès au sulfate de quinine dans le type rémittent (ordinairement sans frisson au début du paroxysme) et dans la forme ataxique, et à quelques émissions sanguines dans la forme inflammatoire.

Je m'estimerais heureux, monsieur et honoré confrère, si cette courte lettre excitait en vous le désir de développer dans un de ces articles si sobres de mots et si pleins de choses, dont vous avez le secret, la réfutation que je n'ai fait qu'indiquer, de la doctrine (si toutefois cela peut s'appeler une doctrine!) des prétendus éclectiques de notre époque.

Agréez, etc.

GIBERT.

Paris, le 25 juillet 1842.

RÉPONSE.

Coup-d'œil philosophique sur ce qu'on appelle fièvre typhoïde.

Monsieur et honoré confrère,

Permettez-moi de vous dire avec ma franchise provençale que vous vous donnez les airs d'un *agent provo-*

cateur. Votre lettre est certainement très-provocante; elle est même un peu compromettante. Vous voulez que je vous parle de la fièvre typhoïde.... Hélas! vous savez bien, ou à peu près, ce que j'en pense : c'est vouloir que je porte la main dans une plaie vive, que je découvre les misères, que je mette à nu les infirmités de l'école matérialiste, anatomique, anatomo-pathologique, physiologique, organique, éclectique, comme il vous plaira de l'appeler; car c'est tout un.

Il n'existe, en dernière analyse, pour la science zoologique en général, comme pour la médecine en particulier, que deux écoles :

L'une, qui considère les organes sains ou malades comme les instruments de la vie; les maladies comme des réactions ou fonctions anormales de l'organisme; et les altérations organiques comme des effets et des résultats éventuels de ces réactions ou fonctions anormales : c'est la nôtre, c'est l'école vitaliste ou spiritualiste.

L'autre, qui cherche et prétend découvrir dans les organes, dans leur contexture, dans les molécules dont ils se composent, et dans leurs altérations matérielles, la raison, le *pourquoi* de la vie, et de tous les phénomènes physiologiques et pathologiques par lesquels elle se manifeste : c'est l'école anatomique ou matérialiste, avec toute sa synonimie que vous connaissez.

Cette école, fille surannée du *philosophisme* du siècle dernier, n'a plus maintenant de point d'appui dans la philosophie générale, qui est sortie enfin de l'ornière matérialiste pour se placer dans de plus hautes régions intellectuelles; mais elle a su trouver son point d'appui dans un esprit de coterie et d'*admiration mutuelle*, qui lui a fort bien réussi dans ces derniers temps. Habile à profiter des *circonstances* politiques, elle s'est installée

dans toutes les chaires, dans toutes les positions scientifiques, et s'est assuré ainsi le monopole de l'enseignement public de la médecine, dont elle ferme soigneusement l'entrée à quiconque n'est pas de ses adeptes. Tout travail intellectuel l'offusque, lui déplait, et provoque de sa part un mouvement de répu'sion ; elle ne connait et n'apprécie que le travail matériel et les chiffres.

S'agit-il, dans un concours, d'écarter un homme d'esprit et de véritable science, qui lui fait ombrage par l'indépendance de son caractère, ou qui s'est permis de donner quelque essor à sa pensée, hors du cercle étroit de l'*anatomisme*, soyez tranquille ; elle aura bientôt découvert, parmi ces compétiteurs de profession qui foisonnent dans tous les concours, quelque médiocrité bien et duement constatée, qu'elle adoptera et qui deviendra son homme *ipso facto*, cet homme eût-il du ridicule par-dessus la tête :

Dignus, dignus est intrare in nostro docto corpore!

Le choix, en pareil cas, n'est jamais douteux : on peut presque toujours le prévoir et l'annoncer d'avance.

La coterie n'aime pas notre *Revue médicale*, et pour cause ; elle la lit en cachette, en profite autant qu'elle le peut, mais n'en parle jamais ; c'est là sa tactique. Il y a longtemps qu'elle nous a mis à l'*index*. Que sera-ce donc s'il nous faut revenir encore sur le chapitre de la *fièvre typhoïde!*

Vous auriez dû charitablement me rappeler, mon cher confrère (attendu que je l'ai oublié, et que je n'ai pas le courage de le rechercher), quel est l'inventeur de cet heureux mot de *fièvre typhoïde*, devenu en peu d'années si banal, si populaire. C'est sans doute un des hommes les mieux casés dans la coterie ; et je gagerais, avant de

le connaître, que cette invention lui a valu, pour le moins, le grade d'officier de la Légion-d'Honneur, ou quelque place lucrative à la cour du Roi citoyen ; car ces messieurs s'entendent à faire fructifier leur travail ; et l'on sait, de plus, que nos gouvernants sont très-magnifiques à l'égard de la susdite coterie. Quoi qu'il en soit, voici ce que je puis vous dire et du *mot* et de la *chose*.

Aussi longtemps que l'École anatomique eut une tête, bien posée sur les larges épaules de Broussais, cette école se soutint à la hauteur d'une doctrine. En poussant jusqu'à ses dernières limites le système de la localisation des maladies, en rapportant à l'irritation de la membrane muqueuse gastro-intestinale tous les phénomènes des fièvres dites *essentielles* ou *primitives*, le célèbre réformateur avait résolu à sa manière, et d'après des principes bien déterminés, la grande question des fièvres, qui est le point culminant de toute doctrine médicale.

Broussais mort, on put dire de l'École anatomique : Plus de tête, plus de doctrine.

On pouvait même le dire plusieurs années auparavant; car Broussais, vous le savez, avait survécu à sa doctrine.

Il y avait, d'ailleurs, scission dans le camp matérialiste. La coterie actuelle, qui déjà se remuait beaucoup, était dans ce camp ce que sont en politique les *Doctrinaires*, ainsi nommés parce qu'ils n'ont pas de doctrine, et qu'ils se regardent cependant comme seuls capables de gouverner. Elle refusait de reconnaître Broussais pour son légitime chef, elle reniait la bannière du *physiologisme*, parce qu'elle avait la prétention d'être elle-même une école *anatomo-pathologique*, *organique*, *éclectique*, que sais-je encore ?

Cependant, le système de la *gastro-entérite* n'ayant plus cours, l'immense question des fièvres n'avait plus

de solution, et retombait de tout son poids sur la débile école qui avait voulu se substituer à Broussais.

L'embarras était grand. M. Andral, qui publiait alors une seconde édition de sa *Clinique médicale*, ne sachant plus que faire des fièvres, les retranchait de son ouvrage. « *Les progrès de la science*, disait-il dans sa préface, » m'ont engagé à ne pas consacrer, comme dans l'édition » précédente, un volume spécial aux fièvres. »

Singuliers progrès que ceux-là ! Encore quelques progrès de ce genre, et la science médicale pouvait être réduite à *zéro*.

« Cependant, ajoutait M. Andral, j'ai conservé avec » soin toutes les observations que renfermait ce volume ; » mais je leur ai donné une autre place. J'ai rangé les » unes parmi les observations relatives aux *maladies de* » *l'abdomen*, et les autres parmi celles relatives aux *ma-* » *ladies des centres nerveux*. »

On voit, par ces paroles timides et embarrassées, que le jeune professeur avait retenu un lambeau du système de la gastro-entérite, puisqu'une partie seulement de son volume des fièvres rentrait dans les *maladies de l'abdomen*. On voit aussi qu'il essayait de coudre ce lambeau de système avec une fraction d'idée appartenant à une doctrine tout opposée :

Unus et alter assuitur pannus....

Cette position n'était pas tenable, comme je crois l'avoir démontré dans le temps (1).

On ne voulait plus se servir, pour désigner la fièvre en général, du mot *gastro-entérite*, parce qu'il rappelait la

---

Revue médicale, tome Ier de 1830, page 533.

domination de Broussais, et qu'on craignait de paraître appartenir à cette école : c'était un parti pris dans la coterie d'élever autel contre autel, de faire une école à part, ou même plusieurs écoles ; car, en définitive, chacun voulait avoir la sienne. Vous vous rappelez, mon cher confrère, comment la verve sarcastique de Broussais châtiait ces ridicules prétentions.

Les mots *dothinentérie*, *entérite folliculeuse*, *exanthème intestinal*, etc., n'étaient pas assez souples, assez élastiques pour embrasser la généralité des fièvres : il fallait donc un nouveau mot ; on se rejeta sur la dénomination banale de *fièvre typhoïde* ; et, ensuite, pour écarter de plus en plus cette image de fièvre, toujours importune, on ne dit plus seulement *fièvre*, mais *maladie* ou *affection typhoïde* (2).

Rare et sublime effort de l'imaginative ! !

Le mot typhus, en grec τυφος, signifie proprement stupeur ; Hippocrate, et beaucoup d'auteurs après lui, ont donné le nom de *typhus* ou de fièvre typhode à certaines fièvres continues graves, dont la stupeur est le symptôme prédominant et caractéristique. Mais la dénomination de *fièvre* ou *maladie typhoïde*, appliquée aux fièvres continues en général, ne caractérise que le désordre des idées et l'absence de doctrine médicale.

Qu'est-ce, en effet, qu'une fièvre ou une maladie qui ressemble au typhus, et qui n'est pas cependant le typhus ? Je comprends à merveille la *varioloïde*, par exemple, maladie éruptive qui a plus ou moins de res-

(1) *Voir* notamment les leçons de *Clinique médicale* de M. Chomel sur la fièvre *typhoïde*, et l'ouvrage de M. Louis, ci-après cité.

semblance avec la variole. Je vois de part et d'autre des pustules qui ont une forme, une couleur, un mode de développement ; je les compare sous ces divers rapports, et je juge s'il y a identité ou seulement ressemblance. Mais il m'est impossible de concevoir quelque chose qui ressemble à la stupeur et qui n'est pas la stupeur. Il n'y a plus ici ni forme, ni couleur, ni mode de développement, ni rien enfin à comparer ; il n'y a plus de terme de comparaison : il s'agit d'un phénomène simple, et toujours identique quel que soit son degré d'intensité.

Expliquez-vous donc, Messieurs de l'école anatomique : Y a-t-il ou n'y a-t-il pas stupeur dans toutes ces fièvres si diverses, si disparates, que vous englobez si arbitrairement, j'allais dire si ridiculement, dans la dénomination de fièvre ou affection typhoïde ? S'il n'y a pas stupeur, comment peuvent-elles ressembler au typhus ? et s'il y a stupeur, pourquoi ne pas les appeler typhus ou fièvres typhodes ?

C'est que le préjugé matérialiste est là avec ses exigences ; c'est que, n'ayant pu parvenir à caractériser la fièvre d'une manière satisfaisante par un fait anatomique, on n'ose pas la caractériser ouvertement par un phénomène vital, comme la stupeur : on craindrait de paraître trop vitaliste ; et puis, enfin, c'est qu'il serait par trop ridicule d'imposer le nom de typhus à une foule de maladies insignifiantes, d'états fébriles sans gravité et sans portée, qui ne ressemblent pas plus à la véritable fièvre typhode, au typhus des camps et des hôpitaux, qu'une piqûre de puce ne ressemble à une attaque d'apoplexie.

Le mot grec εἶδος, forme, apparence, se présentait à souhait pour changer par l'addition d'une seule lettre la signification trop positive du mot typhode : on en a fait ainsi le mot *typhoïde*, qui, n'exprimant qu'une vague

analogie, a pu s'appliquer d'une manière moins choquante à toutes les fièvres qu'on désespérait de pouvoir caractériser par des lésions locales.

Un homme, cependant, s'est rencontré, d'une ténacité d'esprit peu commune, et d'une patience infatigable, qui n'a pas désespéré, lui, de découvrir le caractère anatomique de la *maladie typhoïde*, c'est-à-dire, comme il l'entend, de la fièvre continue en général.

Fort de sa conscience anatomique, de ses yeux, de ses mains, de son scalpel, il s'est imposé la tâche la plus rude et surtout la plus fastidieuse qu'aucun médecin, peut-être, ait jamais accomplie *dans l'intérêt de la science.*

Durant six années consécutives, il s'est assujetti à recueillir, et à soumettre à ce qu'il appelle une *analyse numérique*, les observations détaillées de toutes les maladies aiguës qui ont été reçues à l'hôpital de la Charité dans les salles de M. Chomel; et cela dans le dessein préconçu de mettre en parallèle et de comparer les *maladies aiguës typhoïdes* avec les *maladies aiguës non typhoïdes*, tant sous le rapport des lésions organiques que sous le rapport des symptômes (1).

On voit déja, que, pour établir son champ d'observation, M. Louis pose en fait ce qui est en question, et qu'au lieu de prendre son point de départ dans les réalités, il se trace une ligne imaginaire. Quoi de plus singulier, en effet, quoi de plus arbitraire et de plus fantasti-

(1) Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur la maladie connue sous les noms de fièvre typhoïde, putride, adynamique ataxique, bilieuse, muqueuse, gastro-entérite, entérite folliculeuse, dothinenterie, etc., comparée avec les maladies aiguës les plus ordinaires; par P.-C.-A. Louis, médecin de l'Hôtel-Dieu, etc., deuxième édition, Paris, 1841, 2 vol. in-8°.

que, qu'une division *à priori* de toutes les maladies aiguës en *typhoïdes* et non *typhoïdes?* C'est vouloir trancher la question des fièvres avec un mot insignifiant et de nulle valeur : il est impossible, ce me semble, d'imaginer une confusion plus complète de toutes les idées médicales.

Poursuivons cependant. Voilà donc quelques centaines de maladies aiguës de tout genre, avec accompagnement de cent trente-trois ouvertures de cadavres, minutieusement décrites et exactement enregistrées. Il s'agit d'abord de partager toutes ces maladies en deux catégories, de les aligner sur deux colonnes parallèles dans le registre, d'en composer, vaille que vaille, deux *unités*, pour avoir les éléments d'une comparaison binaire.

Que fait pour cela M. Louis? Il commence par faire un triage des péripneumonies, des pleurésies, des angines, des érysipèles, des apoplexies, des hydrocéphales aiguës, des ramollissements du cerveau, en un mot, de tout ce qu'il nomme *maladies aiguës inflammatoires*. Il y ajoute les maladies *éruptives*, variole, rougeole, scarlatine, etc. Et, de tout cela réuni, il compose sa catégorie des *maladies aiguës non typhoïdes*.

Tout ce qui reste après ce triage, tout ce qui n'est ni maladie aiguë inflammatoire ni maladie éruptive, appartient en masse à la *fièvre typhoïde*.

C'est ainsi que se trouvent constituées les deux catégories, les deux *unités* nosographiques, dont la comparaison, symptôme par symptôme, organe par organe, lésion par lésion, au moyen de l'*analyse numérique*, doit conduire à la découverte du *caractère anatomique* de la fièvre typhoïde, ou, en d'autres termes, du *siége et de la nature* de cette maladie.

Vit-on jamais, je vous le demande, mon cher confrère,

deux *unités* ainsi faites? ne semble-t-il pas qu'on ait voulu parodier une admirable loi de la nature, l'*unité dans la variété*, qui certes n'avait rien à démêler dans cette affaire?

Si, du moins, ces deux unités si multiples, composées d'un si grand nombre d'individualités pathologiques si diverses et si complexes, étaient bien réellement distinctes et séparées l'une de l'autre, s'il y avait entre elles une ligne de démarcation aussi nette, aussi tranchée, ou à peu près, que celle que M. Louis a dû tracer avec sa plume et son crayon entre les deux colonnes de son registre, on pourrait, à la rigueur, espérer quelques résultats des comparaisons qu'il se propose; mais la moindre réflexion suffit pour montrer qu'il n'en est pas ainsi, qu'il en est même tout autrement.

Qui pourrait croire, par exemple, que, dans la catégorie des *fièvres typhoïdes*, quelque soin qu'ait mis M. Louis à faire son triage, il ne se soit pas glissé, ne fût-ce que comme incident ou complication, quelques *maladies aiguës inflammatoires*, ou quelques autres maladies *non typhoïdes*? Si quelqu'un avait pu le croire, il serait aisément désabusé par les propres observations de l'auteur. On voit, en effet, par les détails et les résumés de ses *autopsies*, que, dans dix-neuf cas de *fièvre typhoïde*, il y avait *splénisation* ou *carnification* du poumon; que d'autres sujets avaient des tubercules pulmonaires, et qu'en somme, sur quarante-cinq morts de *fièvre typhoïde*, quinze seulement avaient les poumons sains; dix-neuf avaient des épanchements de liquide dans les plèvres; chez beaucoup d'autres on observait une injection considérable de la pie-mère; chez quelques-uns, des fausses membranes albumineuses à la surface du cerveau, ou des ramollissements partiels de la substance cérébrale, etc.

Qu'après cela M. Louis s'appesantisse sur des subtilités anatomiques sans fin, pour prouver que telle ou telle de ces diverses lésions n'était pas précisément semblable à celles qu'on rencontre chez des sujets morts de *maladies aiguës non typhoïdes*, ou que telle autre avait fort peu d'importance..... nous savons à quoi nous en tenir sur la valeur de pareils faits; nous avons fait aussi des ouvertures de cadavres, et en très-grand nombre, et depuis bien des années..... M. Louis aura beau dire : la remarque subsiste et subsistera.

Et, dans la catégorie des maladies *non typhoïdes*, n'y aurait-il pas aussi un peu de mélange? Serait-il possible que parmi tous ces péripneumoniques, ces angineux, ces scarlatineux, ces apoplectiques, et surtout parmi ceux qui ont succombé après de longues maladies, il n'y ait pas eu bon nombre de fièvres tout aussi *typhoïdes* que celles qui figurent dans l'autre catégorie ? Non, cela n'est pas possible; j'en appelle à tous les médecins praticiens.

Et, parmi les malades qui ont guéri dans les deux catégories, ne peut-on pas légitimement supposer plus de mélange encore que parmi les autres ?

Qu'on pèse bien toutes ces remarques, qu'on suppute, s'il est possible, d'après quelques données approximatives qui peuvent être aisément déduites de ce qui précède, les innombrables sources d'erreurs qu'on verra sourdre de tous côtés dans un si mauvais terrain, et qu'on me dise s'il n'y a pas là tous les éléments d'un véritable *gâchis?* Pardonnez-moi cette expression : je n'en trouve pas d'autre qui rende aussi bien ma pensée.

M. Louis, sans s'embarrasser de ces difficultés, auxquelles il ne paraît pas même songer, poursuit imperturbablement son travail.

Dans la première partie, il présente dix-huit belles observations de *fièvres typhoïdes* qui doivent servir en quelque sorte de type et de terme de comparaison. Chacune de ces observations est complétée par la description bien détaillée de l'ouverture du cadavre, suivie de quelques réflexions et commentaires tant sur les symptômes que sur les altérations organiques. Dans toutes on constate une altération des follicules agminés, connus sous le nom de glandes de Peyer ou *plaques elliptiques* de l'intestin grêle, qui sont plus ou moins rouges, tuméfiées, molles ou dures, ulcérées ou non ulcérées, suivant le degré d'intensité de la lésion. On constate aussi des altérations correspondantes des glandes mésentériques, plus ou moins volumineuses, rouges ou bleuâtres, indurées ou ramollies, et quelquefois suppurées, surtout vers l'extrémité de l'iléum, près du cœcum, etc.

La seconde partie, intitulée *Description générale des organes*, comprend la description successive et comparative de tous les viscères, chez les sujets morts d'*affection typhoïde*, et chez ceux qui ont succombé à d'autres maladies aiguës. Il est bien entendu que l'on procède toujours par la voie de l'*analyse numérique*, qui consiste à faire des relevés arithmétiques de chacune des altérations de couleur, de volume, de consistance, de texture, etc., qu'on observe dans chaque viscère, et à comparer les relevés entre eux, de manière à déterminer la fréquence relative de chacune de ces altérations dans les deux catégories. L'auteur passe ainsi en revue, dans autant d'articles séparés qui remplissent plus de trois cents pages, non-seulement tous les organes les plus importants comme les plus minimes, mais encore toutes leurs appartenances et dépendances : il n'oublie rien, pas même les vermisseaux contenus dans le gros intestin, dont il

enregistre soigneusement la quantité, la couleur et la consistance, afin de pouvoir dire d'une manière précise combien de fois liquides, combien de fois mous ou solides, combien de fois verts, combien de fois jaunes, etc., dans les *maladies typhoïdes*, et puis comparativement dans les *maladies non typhoïdes*. Par ce détail, on peut juger de beaucoup d'autres : *ab uno disce omnes*.

La conclusion de tous ces relevés arithmétiques, de toutes ces additions, de toutes ces comparaisons, comme on pouvait le prévoir, c'est qu'on trouve l'*altération des plaques elliptiques de l'intestin grêle* chez les sujets morts de *fièvre typhoïde*, et qu'on ne la trouve pas chez ceux qui sont morts d'autres maladies aiguës, de *maladies non typhoïdes*. On rencontre bien chez ces derniers des ulcérations dans les intestins, même avec tuméfaction et rougeur des glandes mésentériques; mais ces ulcérations n'affectent pas précisément les *plaques elliptiques*; et vous concevez la grande différence! N'allez pas confondre, dans votre pratique, des maladies d'une *nature* aussi dissemblable : cela pourrait être sérieux, entendez-vous ?

Ainsi donc, M. Louis a recueilli le fruit de son long et pénible labeur. Le problème est résolu; la découverte qu'il voulait faire, il l'a faite. Ecoutons-le expliquer lui-même, en ces termes, les précieux résultats de ses observations et de ses chiffres :

..... « Les plaques elliptiques de l'intestin grêle n'ayant » offert d'altération que chez les sujets morts de l'affec- » tion typhoïde, cette altération ayant été constante, or- » dinairement très-grave, toujours développée suivant la » même loi, que la mort soit arrivée après huit jours de » maladie ou après un intervalle de temps beaucoup » plus considérable, et, dans quelques cas, pour ainsi » dire, la seule lésion, il faut non seulement la considé-

» rer comme *propre à l'affection typhoïde, mais comme* » *en formant le caractère anatomique,* ainsi que les tu- » bercules forment celui de la phthisie, quelle que soit » d'ailleurs la cause qui ait excité leur développe- » ment.... (1). »

Ici se termine pour nous, à vrai dire, l'ouvrage de M. Louis, qui nous a paru déjà assez long, bien que nous ne soyons pas encore à la fin du premier volume, tout ce qui suit n'ajoutant aucune certitude à la démonstration précédente, qui seule nous intéresse.

Dans la troisième partie, qui a pour titre *Description des symptômes*, l'infatigable auteur exécute, pour tous les symptômes des maladies aiguës, *typhoïdes* et non *typhoïdes*, le même travail d'analyse numérique comparative qu'il a fait précédemment pour les altérations organiques. Quatre cents mortelles pages lui suffisent à peine à enregistrer une multitude infinie de détails plus ou moins minutieux, et souvent tout-à fait oiseux, de faits pathologiques ou séméiologiques isolés, morcelés, puis distribués en séries arithmétiques, qui ne peuvent ni frapper l'esprit ni se fixer dans la mémoire, parce qu'ils sont dépourvus de toute cohésion logique. Avec une pareille méthode, l'observation de l'homme vivant est plus sèche, plus stérile et plus fastidieuse que celle du cadavre, attendu qu'elle se prête moins à l'isolement et au morcellement des faits : au lieu d'une suite de tableaux vivants et animés, l'étude des maladies ne présente plus qu'une lettre morte.

Je ne suivrai pas l'auteur sur le terrain de la séméiologie, ce qui serait sans utilité aucune pour l'objet que je

(1) Ouvrage cité, tome premier, page 199.

me propose. Il m'est impossible, toutefois, de quitter cette partie du livre sans exprimer encore une réflexion. Qu'on fasse pour soi-même un travail de ce genre, qu'on recueille des notes minutieuses, qu'on les chiffre, qu'on les analyse d'une manière ou d'une autre, rien de plus naturel : chacun a sa manière de travailler ; et, pourvu que vous arriviez à quelques résultats utiles, personne ne vous demandera compte des moyens par lesquels vous les aurez obtenus. Mais livrer à l'impression un fatras de notes et de chiffres, composer avec cela de gros volumes, n'est-ce pas vendre au public, un peu trop chèrement, la confidence de vos études, surtout quand ce public se compose en grande partie de jeunes élèves, qui ont, en général, besoin d'une grande économie de temps et d'argent. Si M. Louis, par exemple, s'était contenté de publier tous les résultats de ses *recherches* sur la fièvre typhoïde, en les appuyant d'un certain nombre d'observations choisies, et en expliquant ses procédés d'*analyse numérique*, afin que chacun pût les vérifier et s'en servir au besoin, son ouvrage eût été certainement tout aussi instructif, et plus facile ou moins difficile à lire. Lorsque la maison est bâtie, on fait disparaître ordinairement l'échafaudage, à moins qu'on ne veuille le laisser en place pour cacher quelques défectuosités de la construction. Je reviens maintenant à la grande découverte des *plaques elliptiques*, qu'il est temps d'apprécier et de réduire à sa juste valeur.

Il y a dans cette découverte deux choses à considérer : le fait anatomique et l'induction médicale.

1° FAIT ANATOMIQUE. Depuis qu'on a fait des ouvertures de corps avec quelque soin, et surtout depuis que les derniers systèmes ont appelé l'attention des pathologistes sur le canal intestinal, rien de plus commun que de ren-

contrer dans les intestins des ulcérations plus ou moins nombreuses et plus ou moins larges, quelquefois superficielles, et d'autres fois assez profondes pour causer la perforation de l'intestin, accident funeste, mais heureusement assez rare, qui est toujours suivi d'une péritonite sur-aiguë et nécessairement mortelle. Elles peuvent affecter les cryptes muqueux isolés de Brunner et les follicules agminés de Peyer (*plaques elliptiques*) comme les autres parties de la membrane muqueuse. On en trouve non-seulement chez les sujets morts de maladies aiguës, mais aussi chez ceux qui ont succombé à des maladies chroniques, et notamment chez les phthisiques. Ces ulcérations tiennent à des causes très-diverses dont je n'ai pas à m'occuper en ce moment. Quelques-unes paraissent être primitives; d'autres sont évidemment le résultat d'exanthèmes intestinaux. Elles guérissent en général avec facilité, lorsque les causes qui les ont produites ne subsistent plus, à en juger du moins par les cicatrices qu'on rencontre assez souvent dans les intestins, et par le rapprochement de divers faits pathologiques bien connus.

Tout cela est du domaine public. Voici maintenant le FAIT NOUVEAU, dans toute son immensité, mais réduit cependant à sa plus simple expression.

M. Louis se présente, son livre à la main, et dit (1) :

« Regardez bien ces cryptes muqueux, ces petites glan-

(1) Ce qui suit, bien que renfermé dans des guillemets, n'est pas littéralement extrait de l'ouvrage de M. Louis; mais c'est un resumé analytique dont je garantis la scrupuleuse exactitude : si ce ne sont les paroles, c'est toujours exactement le sens de l'auteur. La meilleure manière de réfuter un faux système, c'est de le mettre à nu, en le dévêtissant de tout cet appareil scientifique, ou prétendu tel, qui ne sert trop souvent qu'à cacher des erreurs ou même des absurdités.

dules presque imperceptibles dans l'état normal, qu'on connaît sous le nom de glandes de Peyer, et que je nomme habituellement *plaques elliptiques de l'intestin grêle.* Ces infiniment petits organes, qui sont restés si longtemps inaperçus malgré leur agglomération, et auxquels on ne saurait attribuer d'autre fonction que de sécréter un peu de mucus, sont appelés désormais à jouer un grand rôle, le premier rôle sans contredit, dans la pathologie. Ils ont bien plus d'importance, je ne dirai pas physiologiquement, mais pathologiquement, que le foie, que la rate, que les poumons, que le cerveau lui-même; car j'ai découvert qu'ils sont *le siége* de toutes ces maladies si nombreuses, si variées, si fatales à l'espèce humaine, si décourageantes pour la médecine, qui se reproduisent sous tant de formes dans les épidémies, qui ont exercé la sagacité des plus grands génies depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, de ces maladies enfin qu'on appelait si mal à propos *fièvres primitives* ou *essentielles.*»

» (1) On ne saurait s'appuyer de l'autorité des anciens, » dans les questions relatives au siége des maladies, vu » que ces questions ne peuvent être éclaircs que par la » comparaison des symptômes avec les lésions, et que les » anciens ignoraient l'anatomie pathologique.—Et pour ce qui est des modernes, tous leurs travaux jusqu'ici n'avaient pas éclairci beaucoup la question des fièvres. Pinel avait divisé cette grande classe de maladies en six ordres, qu'il distinguait par les noms de fièvre inflammatoire, fièvre bilieuse, fièvre muqueuse, fièvre adynamique, fièvre maligne ou ataxique, et fièvre adéno-nerveuse ou peste. L'illustre auteur de la *doctrine physiologique* considé-

(1) Ceci est extrait littéralement. Tome Ier, page IX, en note.

rait toutes ces fièvres comme des *gastro-entérites*... Cependant « (1) malgré les travaux de Prost, ceux de » MM. Petit et Serres, de M. Bretonneau et de quelques » autres contemporains célèbres, on était loin de s'entendre, au moment de la publication de mes recherches, » sur ce qu'il fallait penser des six ordres de fièvres de » Pinel..... Aujourd'hui la confusion a cessé : on reconnaît que *toutes* les fièvres de Pinel, *à part la peste*, ne » forment qu'une seule et même maladie, dont le caractère anatomique consiste, non dans une inflammation » de l'estomac et de l'intestin, mais dans une lésion profonde et spéciale des plaques elliptiques de l'intestin » grêle. Ceux qui jusqu'alors avaient défendu avec » le plus de vivacité la doctrine des fièvres ont abandonné leur manière de voir, et reconnu, pour la » plupart, comme l'a fait M. Chomel (2) l'exactitude des » faits que j'ai observés, et celle des conclusions que j'en » ai déduites. »

« Rappelez-vous donc qu'il n'y a plus de fièvre inflammatoire, plus de fièvre bilieuse, plus de fièvre putride ni maligne : nous avons changé tout cela ; sachez bien que toutes les fièvres se confondent dans la dénomination de *fièvre typhoide*, attendu qu'elles ont toutes pour caractère commun *une lésion profonde et spéciale des plaques elliptiques*. Je dis que cette lésion

(1) Extrait littéralement, tome Ier, pages XV et XVI.

(2) M. Chomel avait en effet défendu la doctrine des fièvres contre Broussais, mais avec des arguments si faibles, que M. Broussais se fit un jeu de le réfuter et de le réduire au silence. M. Louis n'ignore pas que la *Revue médicale* a aussi défendu, et continue de défendre la doctrine des fièvres avec autant de *vivacité* pour le moins que M. Chomel, et peut-être avec plus de succès, puisque Broussais n'a jamais pu réfuter un seul de ses arguments ; comment se fait-il qu'il n'en dise pas un mot ? Il a sans doute ses raisons : vous les devinerez.

est spéciale, bien qu'elle soit commune à toutes les fièvres continues, 1° parce que je ne reconnais plus qu'une seule espèce de fièvre continue ; 2° parce que cette lésion est le seul et unique caractère qui la distingue des autres maladies aiguës. « (1) Ainsi, hors l'altération des plaques el-
« liptiques, toutes les lésions de la membrane muqueuse
« de l'intestin grêle observées dans les cas d'affection ty-
« phoïde existaient chez les individus qui avaient suc-
« combé aux autres maladies aiguës : la proportion dans
« laquelle on les observait présentait même fort peu de
« différence chez ces deux ordres de sujets... »

Tel est le fait anatomique sur lequel repose la découverte de M. Louis, ou plutôt qui la constitue tout entière : *Une altération spéciale des plaques elliptiques de l'intestin grêle*, caractère unique de l'*affection typhoïde*, c'est-à-dire de la fièvre en général, des six ordres de fièvre de Pinel, en un mot de toute fièvre continue qui n'est ni une phlegmasie locale, ni une maladie éruptive.

Pour que ce fait anatomique fût vrai dans la généralité qu'on lui attribue, il faudrait donc que l'altération des plaques elliptiques se trouvât dans toutes les fièvres, depuis les plus bénignes jusqu'aux plus graves, et qu'elle n'existât jamais dans des cas de phlegmasies locales ou d'autres maladies aiguës non typhoïdes. C'est ce que l'auteur prétend avoir démontré. Mais les arguments contre cette prétendue démonstration se présentent en foule, et j'en trouve plus qu'il ne m'en faut dans les propres observations de l'auteur.

Il excepte lui-même, *proprio motu*, la peste (fièvre adéno-nerveuse de Pinel), qui n'est cependant ni une phlegmasie aiguë ni une maladie éruptive. Il excepte

(1) Littéralement, tome Ier, *ibid.*, page 198.

aussi en masse la fièvre jaune, le choléra asiatique et le *typhus fever* des Anglais, attendu que, dans toutes ces maladies qui sont pourtant bien des fièvres continues, et des plus graves assurément, les plaques elliptiques sont dans l'état naturel (1). Et il ne s'aperçoit pas que des exceptions aussi considérables ruinent son système! Une exception plus singulière encore c'est le typhus des camps, le vrai typhus, celui qu'on doit naturellement considérer comme le prototype de la fièvre typhoïde, et dans lequel cependant on n'a pas toujours trouvé l'altération des plaques elliptiques (2).

Ailleurs, M. Louis est obligé d'admettre une affection typhoïde *latente*, pour expliquer le cas où l'*altération spéciale* des plaques elliptiques s'est rencontrée chez des sujets qui n'avaient pas présenté les symptômes de cette maladie; et une altération typhoïde *simulée* pour formuler les cas où tous les symptômes de la maladie ont coïncidé avec l'absence de l'altération spéciale : oubliant sans doute qu'il a dit, dans un autre endroit, que « si l'on ve-
» nait un jour à observer un fait dans lequel tous les
» symptômes *actuellement* connus de la fièvre typhoïde
» existeraient, sans que les plaques de Peyer fussent al-
» térées, il ne placerait pas ce fait parmi ceux de la fièvre
» typhoïde (3). »

En fait de contradiction, en voici une plus étrange. Après avoir longuement disserté sur une épidémie de *typhus fever* qui a régné à Philadelphie en 1835, et dans laquelle les ouvertures de corps, faites avec le plus grand soin, ont montré *les glandes de Peyer saines, ainsi*

(1) *Ibid.*, tome Ier, page 198.
(2) Tome II, page 311.
(3) Tome II, page 316.

que les glandes mésentériques, M. Louis déclare *qu'on ne peut assigner aucun siége* à cette maladie, qu'*elle n'a jusqu'ici aucun caractère anatomique* ; « et, ajoute-t-il, » on se trouve naturellement conduit, par cela même, à » dire comme M. Valleix, que le *typhus fever* pourrait » bien être considéré comme une *fièvre essentielle* (1).» Oh! oh! vous admettez donc une fièvre *essentielle*? Y pensez-vous? mais alors que devient tout votre système des *plaques elliptiques*, et de la fièvre typhoïde ?

Après tant d'exceptions, tant de contradictions, tant de pétitions de principes, ai-je besoin d'invoquer d'autres arguments ? Parlerai-je des fièvres simples et bénignes, inflammatoires ou bilieuses, qui guérissent après quelques jours de diète, et qu'il faut bien ranger cependant parmi les fièvres continues, lorsqu'elles ne présentent aucun symptôme de phlegmasie locale ni de maladie éruptive? Dans tous ces cas si fréquents, et d'une observation journalière, faudra-t-il admettre, sur la foi de M. Louis, et contre toute probabilité, l'*altération spéciale des plaques elliptiques* ?

J'en ai dit assez, je pense, pour prouver surabondamment que le fait anatomique de M. Louis n'est pas vrai, dans la généralité qu'il lui attribue.

2° Induction médicale. Maintenant que nous savons à quoi nous en tenir sur le *fait anatomique*, replaçons-nous un moment dans l'hypothèse de l'auteur, afin de mieux juger les inductions qu'il en tire. Admettons avec lui, comme bien constatée, l'existence d'une altération des *plaques elliptiques* dans toutes les fièvres continues, inflammatoires, bilieuses, nerveuses, etc. : s'ensuit-il nécessairement que toutes ces fièvres si différentes par leurs

(1) *Ibid.*, tome II, page 323.

causes, par leurs symptômes, par leurs tendances, par les accidents consécutifs qu'elles entraînent, et surtout par les indications curatives, soient une seule et même maladie ? Oui, peut-être, pour l'anatomiste courbé sur le cadavre et étranger à l'observation de l'homme vivant ; mais certainement non, pour le médecin qui s'occupe des maladies dans la vue de leur traitement et de leur guérison : à moins, toutefois, qu'à l'exemple de M. Louis il ne répudie l'expérience de tous les siècles, pour faire table rase, et recommencer *ab ovo* la médecine, par la dissection des plaques elliptiques de l'intestin grêle.

Eh quoi ! parce que vous supposez dans toutes ces fièvres une *lésion des plaques elliptiques*, vous ne devez plus tenir compte des symptômes inflammatoires, bilieux, nerveux, etc. ? tous ces symptômes si divers auront à vos yeux la même valeur, représenteront un même état de l'organisme ; ils n'appelleront pas votre attention sur tel organe souffrant plutôt que sur tel autre; ils ne vous diront rien pour le choix de la médication? Vous aurez les yeux stupidement fixés sur les *plaques elliptiques* ; et, en attendant que vous ayez découvert quelque spécifique contre la lésion de ces plaques, vous n'aurez rien à faire pour le traitement des fièvres !

L'auteur ne recule devant aucune de ces conséquences : je puis affirmer qu'elles sont toutes implicitement acceptées dans son ouvrage ; et dès lors vous pouvez juger l'*induction médicale* du fait anatomique ci-dessus apprécié.

Il y a cependant dans ce livre une quatrième partie qui a pour titre : *Du traitement*, et qui n'a pas moins de cent vingt pages. Ce serait peu s'il y était réellement question de la thérapeutique des fièvres ; c'est beaucoup trop pour ne rien dire de ce qu'il importe de savoir. Cette partie se compose de sept chapitres qui traitent successive-

ment de la saignée, des évacuants, de l'opium, des toniques, des vésicatoires et de la glace sur la tête. A propos de chacune de ces médications, ce sont de nouveaux relevés arithmétiques, et rien de plus : sur un nombre donné de malades qui ont été les uns saignés, les autres purgés ou traités par les toniques, par l'opium, etc., combien de morts, combien de guéris ; parmi ceux-là, combien de décès au quinzième jour, combien au vingtième, etc., parmi ceux-ci, combien d'affections typhoïdes graves, combien de légères, et ainsi de suite jusqu'à la fin. Et, comme il faut des unités pour une opération d'arithmétique, on voit figurer, d'un côté, l'unité *affection typhoïde*, de l'autre, l'unité *saignée*, l'unité *évacuants*, l'unité *toniques*, etc.

Rien de tout cela ne présente l'image d'un médecin en face d'un malade : on dirait plutôt un chimiste opérant dans sa cornue sur des portions d'intestin qu'il traite successivement par divers réactifs.

Le résultat, c'est qu'on peut, suivant son goût, traiter les plaques elliptiques, autrement dit l'*affection typhoïde*, par la saignée ou par les évacuants, avec des chances à peu près égales de succès. La saignée *coup sur coup* de M. Bouillaud n'a pas marqué un bien haut degré à l'échelle numérique de M. Louis. Et, quant aux autres médications, l'arithmétique n'a rien encore décidé de bien positif sur leur degré d'utilité. On attendra de nouveaux faits et de nouveaux chiffres.

En résumé, si le *fait anatomique* sur lequel repose tout l'ouvrage n'est pas vrai, dans la généralité que l'auteur lui attribue, si d'un autre côté l'*induction médicale* de ce fait ne conduit qu'à des conséquences absurdes, que reste-t-il de la *fièvre typhoïde?*

Rien du tout pour la médecine pratique. Il ne reste qu'un mot vide de sens dans sa banalité, à peu près comme l'*humeur peccante* d'autrefois, et qu'il faut exclure du langage médical, sous peine de perpétuer une confusion d'idées déplorable.

Pour l'anatomie pathologique, il reste une masse de faits recueillis avec une exactitude minutieuse, qui attendent un meilleur système de coordination et d'interprétation.

Les *Recherches sur la fièvre typhoïde* peuvent être citées comme une curiosité d'un nouveau genre, qui par malheur est prodigieusement ennuyeux : c'est un livre sans esprit et sans jugement, parce que l'auteur a voulu le faire ainsi. Prenant au pied de la lettre la sentence d'un sophiste célèbre, qu'il a adoptée pour son épigraphe (1), il s'est cru obligé de faire abnégation de son intelligence, et d'accepter passivement, comme des vérités démontrées, les résultats d'un mauvais système de statistique, lors même que ces résultats étaient en opposition flagrante avec la réalité des faits les plus vulgaires.

En voulez-vous quelques exemples? Je n'aurai que l'embarras du choix. N'oubliez pas que le mot *fièvre continue* ou *affection typhoïde* comprend toutes les fièvres que nous appelons encore, vous et moi, fièvres inflammatoires, bilieuses, nerveuses, etc., suivant les cas, et écoutez bien ces aphorismes de la médecine numérique :

« La fièvre continue (affection typhoïde) ne s'observe pas après l'âge de quarante ans.

» Elle n'atteint le même individu qu'une fois dans la

(1) Je sais que la vérité est dans les choses et non dans mon esprit qui les juge, et que, moins je mets du mien dans les jugements que j'en porte, plus je suis sûr d'approcher de la vérité. EMILE.

vie... L'immunité est acquise au moyen d'une première attaque (1)...

» Elle ne dure jamais moins de quatorze jours.

» Elle est contagieuse, au moins dans les départements (2). »

La plume tombe des mains lorsqu'il faut transcrire de pareilles choses; et il y en a beaucoup de cette force dans le livre que j'ai sous les yeux!

Si ce livre était l'ouvrage d'un médecin obscur et sans autorité, il ne mériterait pas les honneurs d'une critique aussi sérieuse. Mais l'auteur est médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris, et médecin en chef des épidémies du département de la Seine. Son ouvrage, imposant par son volume, par sa forme grave et scientifique, et surtout par un grand appareil de chiffres et de statistique, est préconisé dans l'enseignement de la faculté comme *un travail modèle* (3)! On voudrait en faire un livre classique; et, je le dis avec une sincère et profonde conviction, je ne connais pas d'ouvrage plus dangereux pour les jeunes médecins, plus propre à leur aplatir l'intelligence, à fausser toutes leurs idées, à les fourvoyer, et à les conduire jusqu'aux antipodes du vrai point de vue de l'observation médicale.

Enfin ce travail peut être considéré comme le dernier expédient, la dernière velléité doctrinale de l'école anatomique ou matérialiste. Sous ce rapport encore, la *Revue médicale* avait mission spéciale pour l'examiner sévèrement: c'était même pour elle un devoir; et j'avoue qu'elle a à se reprocher d'avoir différé trop longtemps de le remplir. Je vous remercie de le lui avoir rappelé. Il vaut mieux tard que jamais.

Agréez, etc. CAYOL.

---

(1) Tome 2 page 515, 116, et *alibi passim*.
(2) Ibid., page 371.
(3) Leçons de clinique médicale faites à l'Hôtel-Dieu de Paris (sur la fièvre typhoïde), par M. le professeur Chomel, 1 vol. in 8. page ?.

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

Recherches nouvelles sur l'histoire de la syphilis, par L.-P.-Aug Gauthier, D. M. P., médecin titulaire de l'hospice de l'Antiquaille de Lyon, etc. — Broch. in-8°, 1842.

Ces recherches, où brille une érudition saine et choisie, ont pour but de démontrer 1° que la syphilis est bien, comme l'ont pensé tous les auteurs des xve et xvie siècles, une maladie nouvelle, observée pour la première fois en Italie dans les dernières années du quinzième siècle; 2° que l'origine américaine de la vérole est encore aujourd'hui la plus probable, sinon la plus sûrement et la plus authentiquement démontrée. Parmi les preuves nouvelles apportées par l'auteur à l'appui de ces opinions, qui sont aussi les nôtres, nous citerons ; 1° le silence gardé par les médecins et les auteurs grecs et romains qui ont écrit sur l'amour et sur les courtisanes. *Athénée*, le plus érudit des écrivains grecs, a consacré tout le troisième livre de son *Banquet des Sophistes* à rassembler tout ce qu'il a trouvé dans les poètes et les prosateurs qui l'ont précédé, sur l'amour et sur les courtisanes de la Grèce. Il a réuni tous les passages dans lesquels les poètes comiques d'Athènes parlent des courtisanes de leur temps. Athénée cite entre autres (lib. XIII. c. 6) un long passage dans lequel le poète Anaxylas accumule toutes les injures contre les courtisanes et leur reproche tout le mal qu'elles font.... Nulle part il n'est fait mention de la maladie vénérienne; 2 Philoménus (cité par *Aetius*, lib. XVI, c. 105) traite des thymus et des verrues de la vulve, et regarde si peu ces lésions comme pouvant être la suite d'une contagion, qu'il parle d'une maladie de ce genre qu'il a traitée et guérie sur sa propre femme. 3° Jamais les anciens auteurs n'ont fait mention des symptômes *consécutifs* et notamment des ulcères du gosier, phénomène si commun de la syphilis. 4° La discussion sérieuse des phénomènes morbides observés aux parties génitales par les chirurgiens du moyen âge prouve qu'on ne saurait non plus

trouver dans leurs écrits d'indice évident de l'existence, à cette époque, de la maladie vénérienne. 5° les travaux des médecins érudits, tant français qu'étrangers, notamment italiens, anglais et allemands, postérieurs au xve siècle, et, en particulier, ceux qui ont été publiés depuis la fin du xviiie siècle jusqu'au moment présent, ne sauraient établir l'ancienneté de la maladie vénérienne, ni infirmer la *spécificité* de cette maladie.

Dans un prochain ouvrage, M. Gauthier se propose l'examen critique des nouvelles doctrines contemporaines sur la syphilis; il s'est borné, dans celui que nous annonçons, à combattre les propositions erronées qui tendaient à établir que de tout tmps on avait traité avec succès la maladie vénérienne *sans mercure* et que cette maladie n'était devenue grave que depuis qu'on avait commencé à lui opposer ce remède.

Le mémoire de M. Gauthier est écrit avec clarté et simplicité; les citations nombreuses de littérature étrangère contemporaine qu'il contient le rendent doublement précieux et instructif.

G.

Mémoires et observations cliniques sur une des causes de la gangrène traumatique dans les animaux domestiques, par M. Renault, directeur de l'école vétérinaire d'Alfort, etc. Un vol. in-8. Paris, 1840. Béchet et Labé.

Les lésions traumatiques, chez les animaux domestiques, ont une tendance extrême à se compliquer de gangrène. Les causes de cette singulière prédisposition sont encore mal connues. M. Renault a cherché à jeter du jour sur l'étiologie, et en même temps sur le traitement d'un fâcheux accident.

L'idée fondamentale de son travail est que le sang déposé à la surface des plaies, éprouve, par son contact avec l'air, une décomposition putride ; que les produits de cette fermentation, imprégnant les tissus avec lesquels ils se trouvent en contact, les transforment à leur tour en matière putride. Pendant un emps assez court, cette altération reste bornée à la partie bles-

sée ; mais bientôt les liquides gangréneux pénètrent dans la circulation, et vont exercer sur l'économie entière leur délétère influence.

Ce n'est pas seulement par des considérations philosophiques et pathologiques fort ingénieuses que M. Renault soutient son opinion ; un grand nombre de faits curieux et présentés avec intérêt servent à étayer ses déductions théoriques.

Le médecin qui a rarement occasion d'observer l'accident qui fait le sujet de ce mémoire sera peut-être disposé à considérer l'opinion de M. Renault comme trop absolue. Quant à nous, nous serions disposés à croire, que, sans nier qu'elle soit évidente dans bon nombre de cas, cette cause de gangrène est un peu exagérée peut-être par l'auteur, et qu'il se fût tenu plus près de l'exacte observation des faits en la donnant comme fréquente plutôt que comme générale.

Au reste, ce n'est là qu'une observation qui n'est pas fondée sur des faits ; l'opinion de M. Renault, qui a pour base une observation longue et répétée, mérite d'être étudiée avec soin. Son mémoire est une fort bonne monographie de la gangrène traumatique des animaux domestiques. H. B.

Des sondes et des bougies en gélatine indestructible de l'ivoire, par J. J. Cazenave de Bordeaux, membre correspondant de l'Académie royale de médecine (1).

Voici le procédé employé par M. Cazenave pour préparer ses sondes en ivoire ramolli : On met les sondes et les bougies en ivoire dans une éprouvette en verre ou dans tout autre vase allongé, qu'on remplit d'acide hydrochlorique étendu d'eau distillée, et on les y laisse jusqu'à ce que le tissu gélatineux de ces instruments ait été complètement mis à nu, et que leur flexibilité soit très prononcée. On les essuie ensuite exactement et on les plongg dans une solution saline d'hydro-chlorate de chaux, de magnésie, d'ammoniaque et de soude neutres, faite à parties égales des sels, et dans des proportions telles que le solutum salin marque

(1) Chez J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

quatre degrés à l'aréomètre des sels. Les petites sondes et bougies devront séjourner pendant quarante-huit heures dans ce solutum ; les moyennes et les grosses de trois à cinq jours, selon le calibre. Après cette seconde opération, qui a pour but de les rendre indestructibles, ces instruments devront être sortis de la solution, exposés à l'air pendant vingt-quatre heures, lavés à l'eau froide, essuyés de nouveau, exposés encore à l'air pendant dix à douze heures, et serrés pour l'usage.

Selon M. Cazenave, ces instruments joignent à une flexibilité et à une solidité remarquables, l'avantage d'être visqueux et comme veloutés, propriétés qui rendent leur introduction extrêmement facile, tout à fait inoffensive pour les tissus, et qui font du cathetérisme et de l'usage des sondes à demeure des opérations exemptes de douleur que ne craindront plus les malades même les plus pusillanimes. M.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité de chimie pathologique, ou recherches chimiques sur les solides et les liquides du corps humain, dans leurs rapports avec la physiologie et la pathologie, par S.-D. L'Héritier, docteur en médecine de la faculté de Paris, médecin du bureau de Bienfaisance du 3me arrondissement, membre de la société des sciencès naturelles, professeur de matière médicale; in-8°. Prix : 9 fr. — A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'Ecole de Médecine, n° 17 ; à Londres, chez H. Baillière. 219, Regent street.

Manuel pratique des maladies du cœur et des gros vaisseaux, ouvrage destiné à faciliter et à propager l'étude de ces maladies, par F.-A. Aran, interne de première classe de l'Hôtel-Dieu de Paris, lauréat des hôpitaux, ancien élève de l'école pratique, etc. 1 vol. in-12, format anglais. Prix : 3 f. 50 c — Paris, Just Rouvier, libraire éditeur, 8, rue de l'Ecole de Médecine.

Du strabisme, par A.-A. Velpeau, Professeur de clinique chirurgicale à la faculté de médecine de Paris, chirurgien de la Charité, membre de l'Académie royale de médecine, etc. (Supplément aux nouveaux éléments de médecine opératoire). In-8°. Prix : 3 fr. — A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'École de Médecine, n° 17, à Londres, chez H. Baillière, 219, Regent street.

Du cancer du rectum et des opérations qu'il peut réclamer, parallèle des méthodes de Littre et de Callisen pour l'anus artificiel, par M. Vidal (de Cassis), chirurgien de l'hôpital de l'Ourcine, professeur agrégé de la faculté de Paris ; in-8°. Prix : 2 fr. 50 c. — A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'École de Médecine, n° 17, à Londres, chez H. Baillière, 219, Regent street.

Traité pratique et théorique d'anatomie comparative, comprenant l'art de disséquer les animaux de toutes les classes, et les moyens de conserver les pièces anatomiques, par Hercule Straus-Durckeim, 2 vol. in-8° Prix : 15 fr. — A Paris, chez Méquignon Marvis fils, libraire éditeur, rue de l'Ecole de Médecine, n. 3. 1842.

Recherches physiologiques et cliniques sur le liquide céphalo-rachidien, ou cérébro-spinal, avec explication des planches, par F. Magendie, membre de l'institut et de l'Académie royale de médecine, professeur de médecine au collège de France; médecin de l'Hôtel-Dieu, etc. etc., Prix : 15 fr. — A Paris, chez Méquignon-Marvis fils, rue de l'Ecole de Médecine, n. 3. 1842.

ERRATUM DE CE CAHIER.

Page 21, au titre du mémoire ; au lieu de Filugelly de Parme, lisez : Filugelli de Florence.

Imprimerie de Moquet et Hauquelin, rue de la Harpe, 90.

REVUE MÉDICALE.
(Août 1842.)

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

OBSERVATIONS ET RECHERCHES

SUR QUELQUES MALADIES

PARTICULIÈRES A LA MEMBRANE CADUQUE ;

Par le docteur Devilliers fils, membre de la Société de médecine de Paris. (Imprimées par décision de cette Société.)

AVEC FIGURES.

« Rien n'est encore moins connu que les vices de con-
» formation et les altérations pathologiques des membranes
» caduques..... L'histoire de leurs maladies proprement
» dites et des autres enveloppes du fœtus est à refaire.
» Nous possédons quelques observations isolées, mais nous
» n'avons rien de satisfaisant, » a dit le professeur Breschet dans ses recherches sur l'œuf humain. (*Mémoires de l'Académie royale de médecine, tome II, page* 122.) Et en effet, la connaissance des maladies des enveloppes ovariennes jetterait quelques lumières sur la cause d'un certain nombre d'avortements, de monstruosités, sur la manière dont ils se produisent, et l'étude minutieuse de leurs symptômes et de leur diagnostic guiderait plus sûrement dans l'application des moyens prophylactiques et curatifs.

C'est dans l'intention d'ajouter du moins quelques faits au très-petit nombre de ceux qui ont été publiés jusqu'à ce jour, et de tirer, s'il est possible, des uns et des autres

des inductions utiles, que j'ai tenté de réunir plusieurs observations. Au reste je ne donne ce travail que comme une esquisse propre à servir à l'histoire d'un sujet presque neuf, ou qui, du moins, n'a été abordé par aucun auteur d'une manière spéciale.

Comme on le sait, la membrane caduque n'est pas une enveloppe propre à l'œuf même des mammifères; elle est le produit d'une exsudation qui se fait à la surface interne de l'utérus et qui est destinée à servir de moyen d'union et de communication entre cet organe et l'ovule.

Elle ne semble nulle part plus apparente, plus développée que dans l'espèce humaine, où l'on voit, après un coït fécondant, cette exsudation se condenser à la manière des fausses membranes, pénétrer toutes les anfractuosités de l'utérus et recevoir bientôt de cet organe des vaisseaux sanguins qui s'y développent, et lui impriment une organisation véritable. Cette organisation, que Hunter reconnaissait et que l'on a voulu nier depuis, a été de nouveau confirmée par les recherches d'une multitude d'anatomistes parmi lesquels nous citerons, en dernier lieu, Lobstein, Breschet, Bischoff et Wagner (1); d'ailleurs, la texture même de la membrane toujours régulièrement conformée, la présence de vaisseaux sanguins que, parfois, on y distingue très-bien, même à l'œil nu, l'accroissement sensible en étendue et en épaisseur de ses deux feuillets, au commencement de la grossesse, suffiraient seuls pour la faire admettre. Je n'ai pas l'intention de m'étendre ici sur les particularités de cette organisation : je me bornerai seulement à rappeler que c'est pendant les premiers mois qui suivent la conception, et surtout vers le troisième, qu'elle est le plus apparente, car elle s'efface évidemment

à mesure que la gestation approche de son terme, et que, quant à ce qui regarde la disposition des vaisseaux de la caduque, les extrémités de ceux qui avoisinent la surface interne de l'utérus éprouvent un accroissement en longueur, semblable à celui qui a lieu pour les vaisseaux utéro-placentaires, et se répandent dans la couche adventive, pour s'y développer ensuite. Lorsqu'une partie de cette couche se trouve détachée de la surface utérine par l'interposition de l'ovule et forme le feuillet réfléchi, ou bien les vaisseaux utérins subissent un allongement plus ou moins considérable pour l'accompagner, ou bien elle reçoit des ramuscules des vaisseaux utéro-placentaires, comme le démontrent les communications qui existent encore, même à terme, entre ceux-ci et les feuillets de la caduque, adhérents à la circonférence du placenta.

Ainsi il existe, surtout pendant les trois premiers mois, des connexions vasculaires assez intimes entre l'organe gestateur et la membrane adventive. Et, de plus, cette dernière, comme on le sait, offre une étendue très-notable, puisqu'elle recouvre la majeure partie de la surface de l'œuf. Cela étant, si l'on suppose qu'à une époque en général peu éloignée de la conception, et que, par suite d'une cause morale ou physique quelconque, chez une femme surtout dont l'utérus est excitable, il se produise une activité plus que nécessaire dans la circulation de cet organe, une congestion soit active, soit passive, plus ou moins vive, on comprend tout de suite quelle influence elles exerceront sur la circulation et les fonctions de la membrane caduque, dans laquelle elles pourront déterminer non seulement la rupture mécanique de quelques vaisseaux, mais aussi diverses espèces de maladies. En effet, à

moins de causes violentes et agissant directement sur l'utérus, je crois qu'il est très-rare que la simple rupture des vaisseaux par le moyen desquels l'œuf lui est uni puisse s'opérer sans que la circulation de ce viscère lui-même ait éprouvé un trouble préalable; on voit quelquefois, au contraire, et surtout lorsque l'écoulement cataménial continue à paraître pendant les premiers mois, le molimen porter sur l'utérus seul, et l'hémorrhagie fournie par simple exhalation ne pas exercer une influence bien sensible sur les membranes ovariennes; mais, dans la plupart des cas, la congestion et les autres troubles survenus dans la circulation utérine retentissent jusque dans la membrane caduque où elles donnent lieu soit à une congestion toute mécanique, soit à un travail inflammatoire, soit à une véritable apoplexie.

Les causes et les symptômes de ces diverses affections se confondent avec ceux des avortements en général : aussi m'abstiendrai-je, excepté pour certains cas, de les décrire minutieusement, me réservant cependant d'insister plus loin sur ce qu'ils ont d'important; on les retrouvera du reste dans l'histoire de chacun des faits que je vais citer à l'appui de mes opinions, faits qui sont tirés de différents auteurs et de ma propre pratique.

Congestion. — La congestion modérée d'une partie ou de la totalité de la caduque n'est pas toujours immédiatement nuisible à l'existence de l'œuf : ainsi elle peut n'être que passagère et disparaître d'elle-même ou être heureusement modifiée par un traitement prompt et énergique, qui fait rentrer la circulation ovarienne dans ses limites normales; sa possibilité que la théorie seule, jusqu'à présent permet de supposer, doit être admise d'après l'état où l'on trouve

les membranes, lorsque l'affection, devenue plus grave, a déterminé l'avortement; dans ce cas en effet on distingue les parties congestionnées à plusieurs degrés de celles qui ont subi une altération plus avancée.

La congestion peut au contraire se prolonger et donner lieu à un travail inflammatoire *particulier*, à une altération de sécrétion qui fournissent divers produits. Dance a publié, dans le *Répertoire général d'anatomie et de physiologie, tome III,* deux observations dont voici la substance : deux jeunes femmes éprouvèrent, pendant les premiers mois de leur grossesse, des vomissements opiniâtres qu'aucun moyen ne put ni arrêter, ni modifier; cependant il n'y avait ni fièvre, ni symptômes d'inflammation intestinale vive ; elles s'affaiblirent peu à peu et moururent à trois mois et demi de grossesse. Chez l'une, les parois de l'utérus étaient molles, flasques, sans altération. Le chorion et l'amnios étaient sains, mais entre l'utérus et la membrane caduque, *ou plutôt entre les cellulosités de celle-ci*, on voyait des concrétions pseudo-membraneuses, blanchâtres, assez résistantes, comme infiltrées dans un tissu spongieux, et formant une couche d'une à deux lignes d'épaisseur, entièrement semblable à une fausse membrane pleurétique. Entre le placenta et l'utérus existait également une couche de pus concret qu'on soulevait sous forme de flocons jaunâtres, etc., etc. Chez l'autre malade, l'amnios et le chorion étaient sains, l'utérus était flasque, ses parois étaient minces, molles, engorgées de sang qui offrait une teinte violacée jusque dans les cellulosités de la caduque utérine. Dans ces deux cas, Dance attribue les vomissements opiniâtres à une suractivité morbide dans le système utérin, et ajoute que l'utérus et la

membrane caduque, *qui a des rapports immédiats de circulation avec ce viscère ont été vus enflammés ou congestionnés*, sans qu'aucun autre symptôme ait révélé l'existence de cette inflammation. Ainsi, voici, d'après un excellent observateur, un exemple d'inflammation avec sécrétion puriforme, et un autre d'engorgement sanguin du tissu de l'utérus et du feuillet externe de la caduque, maladies qui, suivant toutes les apparences, étaient récentes et, comme l'indique Dance lui-même, le résultat de la congestion.

Celle-ci peut encore se faire à l'intérieur même des deux feuillets de la caduque, comme le prouve une observation de M. Lesauvage, consignée dans les *Archives générales de médecine, deuxième série, tome II*. Une jeune femme, atteinte d'anévrysme du cœur, et se croyant enceinte de quelques semaines, éprouva une perte légère suivie de leucorrhée; peu de jours après, elle mourut frappée d'apoplexie foudroyante; l'autopsie montra la caduque utérine fortement adhérente à l'utérus et complètement détachée à gauche de la caduque ovarienne sur les trois quarts à peu près de l'œuf; la surface interne de la première, aux points où elle était contiguë au feuillet interne, était comme villeuse et recouverte d'*une exsudation muqueuse puriforme*, plus abondante dans le col, et qui pouvait fluer dehors, parce que la membrane à cet endroit était ouverte et se perdait insensiblement sur les parois de l'orifice utérin. Dans sa partie libre, le feuillet ovarien était triplé d'épaisseur par l'addition d'une couche sanguine déjà altérée par l'absorption, et qui lui était intimement unie; elle provenait évidemment, suivant l'auteur, d'une exhalation qui avait eu lieu à l'intérieur de la caduque, et il attribue à

cette exhalation le décollement des feuillets de la membrane et l'écoulement leucorrhoïque. Je ferai observer, quant à ce décollement, que l'auteur a sans doute pris pour tel la cavité qui existe naturellement entre les deux feuillets de la caduque à cette époque de la grossesse, et que M. Breschet a décrite avec détails. Quoi qu'il en soit, tout semble encore prouver ici que ces altérations sont dues à une congestion de l'utérus et de la caduque avec exhalation sanguine et sécrétion puriforme, déterminée par l'état de pléthore chez la malade. Le professeur Breschet a vu enfin deux cas analogues à ceux de Dance, et qu'il rapporte aussi à des inflammations de la caduque.

Ainsi l'état de congestion et d'inflammation de l'utérus peut se propager à la membrane caduque, et y déterminer les différents effets de l'inflammation, l'engorgement sanguin, l'exhalation sanguine et la sécrétion puriforme. Nous allons voir qu'elle peut encore y produire des dégénérescences ou des hypertrophies, modes d'altérations qui semblent se rapporter chez elle à un état morbide chronique.

La rareté des observations sur les maladies de la caduque m'engage à transcrire ici avec détails l'histoire fort curieuse d'une de celles-ci, que j'ai pu étudier avec soin dans presque toutes ses phases, et qui a atteint la même personne dans deux grossesses différentes.

Madame J. F..., demeurant à Paris, rue du Sentier, âgée de 27 ans environ, née à Strasbourg, est d'un tempérament lymphatique nerveux, et d'une constitution délicate. Elle fut réglée pour la première fois à l'âge de 13 ans, et continua à l'être périodiquement jusqu'à 21 ans. A cette époque les menstrues, sans perdre de leur régularité, s'ac-

compagnèrent de douleurs dont la cause est restée inconnue.

Il y a trois ans, Mme F. se maria et devint immédiatement enceinte. Les premiers mois de sa grossesse furent marqués par des malaises, des étouffements, le balonnement du ventre après le repas, le gonflement des seins, des battements de cœur, etc., etc. Elle était parvenue à son troisième mois lorsque le feu prit dans la maison qu'elle habitait; saisie de frayeur, elle franchit rapidement les escaliers; mais peu après elle éprouva une hémorrhagie médiocrement abondante, qui se prolongea pendant six semaines environ; c'est seulement alors que la malade réclama les avis d'un médecin. Malgré le repos horizontal qu'on lui fit garder pendant quelque temps, la perte sanguine fut suivie d'un écoulement d'eaux claires et rosées, qui cependant n'empêcha pas la grossesse de poursuivre son cours jusqu'au terme de cinq mois, époque vers laquelle le ventre ne sembla plus se développer, et les seins s'affaissèrent; cependant ce ne fut qu'au septième que Mme F. accoucha d'un fœtus à moitié putréfié, et offrant, au dire de la sage femme, le volume d'un enfant de cinq mois. Il faut ajouter que la malade n'avait jamais senti qu'une seule fois les mouvements de son enfant, et c'était à quatre mois et demi, au moment même où on la saignait. Les suites de couches n'offrirent rien de particulier. Six semaines après leur cessation, les règles avaient reparu, et se montrèrent au bout de quinze jours pour ne plus revenir, ce qui fit croire à Mme F. qu'elle était devenue enceinte pour la seconde fois. Cinq semaines s'étaient à peine écoulées, qu'à la suite d'un assez long voyage en diligence, elle rendit par la vulve, presque sans s'en apercevoir et sans douleur, des caillots durs, de la grosseur d'un œuf, dont l'expulsion

fut suivie d'une perte de sang abondante qui se prolongea pendant quinze jours, et pour laquelle elle ne prit aucune précaution.

Depuis cette dernière époque la santé de Mme F. ne fut jamais parfaite ; cependant les menstrues reprirent un cours régulier ; mais leur intervalle fut marqué par des douleurs de reins et de bas-ventre quelquefois fort intenses, et leur apparition souvent précédée et suivie de leucorrhée. Cet état continua jusqu'au 16 avril 1841. Alors la malade éprouva de vives contrariétés ; et bien qu'elle eût ses règles ; leur cours ne fut pas troublé mais elle ne reparurent pas le mois suivant. En même temps le ventre et la taille se développèrent, les seins se gonflèrent un peu, et survinrent de nouveaux battements de cœur, signes qui avaient accompagné la première grossesse, et qui firent penser à Mme F. qu'elle devait être devenue enceinte de nouveau entre le 16 avril et le 16 mai. Dans les premiers jours de juin et après un fort savonnage, elle eut une perte qui dura toute une journée, puis s'arrêta subitement, et fut remplacée peu de temps après par un écoulement presque continu d'eaux de couleur rouillée, comme à la première grossesse. Le 1er août suivant, nouvelle perte de sang assez abondante qui dura trois jours, et à laquelle succéda encore l'écoulement ordinaire d'eaux roussâtres.

C'est le 9 du même mois que la malade vint me consulter pour la première fois. Elle désirait savoir si elle était véritablement enceinte, et quels moyens on pourrait employer pour remédier aux pertes, soit en rouge, soit en blanc, qu'elle éprouvait, et qui la fatiguaient beaucoup. Je l'examinai ; le toucher me fit sentir le col un peu

élevé, assez court, ramolli, le segment inférieur de l'utérus développé; les seins étaient légèrement tendus, et les tubercules du mamelon faisaient plus de saillie qu'à l'état ordinaire, le ventre avait toujours grossi de plus en plus jusqu'alors, et le fond de l'utérus distendu dépassait le niveau du pubis. Mais aucun de ces signes ne pouvait me satisfaire, et ce n'est qu'en comparant l'état actuel avec les circonstances commémoratives rapportées plus haut que je crus pouvoir conclure que je pensais que Mme F. était enceinte de trois mois environ; que l'écoulement du sang et des eaux teintes tenait très probablement à un état maladif particulier de l'œuf ou de l'utérus, et je laissai pressentir qu'un avortement pourrait avoir lieu comme la première fois.

Ne remarquant alors aucun signe de réaction fébrile, aucun dérangement apparent dans les fonctions, car l'appétit était naturel, les digestions faciles, le sommeil assez bon, je conseillai seulement le repos au lit et un régime rafraîchissant. Le 15, l'hémorrhagie recommença plus forte que la dernière fois, mais avec moins de douleurs. Le 16, la malade me fit appeler, la perte continuait à un degré modéré, le pouls n'était ni dur, ni fréquent, ni déprimé, on n'observait d'insolite que la sensibilité des seins, et des contractions peu vives et passagères de l'utérus; Mme F. m'apprit qu'elles se renouvelaient de quart d'heure en quart d'heure, et que c'était à leur suite que l'écoulement de sang ou d'eaux roussâtres était le plus abondant. Je prescrivis plusieurs quarts de lavements avec 25 gouttes de laudanum dans chaque, à prendre dans la soirée, de la limonade pour boisson, la diète et la continuation du repos. Le lendemain, la perte avait beaucoup dimi-

nué, les contractions utérines s'étaient un peu éloignées, le pouls était normal comme toujours : même prescription. Le 18, la quantité de sang était encore moins abondante ; je permis quelques aliments légers. Les jours suivants, l'écoulement ne se composa que d'eaux rousses qui furent accompagnées le 20 de deux caillots de sang brunâtre, décoloré, qui me parurent avoir séjourné pendant quelque temps dans la matrice, puis d'une pellicule brune, un peu épaisse, fragile, d'environ quatre centimètres, et en tout semblable à un débris de membrane. — Le 21, voulant, s'il était possible, me rendre un compte plus exact de ce qui se passait chez Mme F., je l'examinai au spéculum. Le col mollasse et situé très en arrière et très-haut avait son orifice vaginal un peu entr'ouvert, les bords de celui-ci étaient rouges, épais, sensibles, et laissaient suinter le liquide brunâtre qui teignait le linge en si grande abondance, et répandait une odeur fade autour de la malade. Un caillot semblable aux précédents venait de s'en échapper. La hauteur et l'obliquité postérieure du col étaient dus au développement de l'utérus, plus considérable à cette époque qu'il n'aurait dû l'être, et à la saillie droite et fortement antérieure que l'organe faisait dans la région hypogastrique.

La persistance des contractions et l'état de sensibilité de la matrice m'engagèrent alors à tenter une petite évacuation sanguine par la saignée du bras ; elle ne changea en rien ni la nature, ni la quantité de l'écoulement. Au régime ordinaire, je joignis momentanément quelques lavements laxatifs, à cause de la constipation.

Je revis madame F. le 1er septembre ; elle devait se trouver alors au quatrième mois de sa grossesse, et, en effet,

son ventre s'était encore développé. Mais l'avant-veille elle avait eu une perte en rouge, et depuis, l'écoulement des sérosités rousses était devenu tellement abondant, qu'elle éprouvait une fatigue et une faiblesse sensibles. L'utérus, que l'on circonscrivait parfaitement sous les téguments, s'était élevé jusqu'à deux ou trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, était toujours fortement incliné à droite et se contractait de temps à autre. Du reste, l'appétit était bon et les digestions faciles. Je résolus enfin de modifier, s'il était possible, les pertes que faisait la malade, et de lui éviter un affaiblissement qui menaçait de devenir de jour en jour plus considérable. Dans cette intention, je revins à l'usage des quarts de lavements laudanisés, et je prescrivis en outre des injections intrà-vaginales avec la décoction de morelle noire. — Le 10, l'écoulement avait diminué et était devenu moins coloré; encouragé par cette légère amélioration, je fis faire alors sur le bas-ventre des applications de compresses trempées dans l'eau végéto-minérale, et je rendis les injections légèrement astringentes au moyen du sulfate d'alumine; puis, après avoir fait prendre une potion purgative avec le calomel, je prescrivis pour boisson, le jour suivant, une solution de douze grammes de cachou dans un litre d'eau.

L'écoulement devint en effet de moins en moins abondant, de moins en moins coloré ; mais les seins et l'abdomen prirent un développement marqué, et le 14, pendant la nuit, madame F. éprouva à la région utérine des douleurs violentes qui se prolongèrent jusqu'au matin. Il y existait en effet des contractions énergiques qui firent soupçonner un commencement de travail. Depuis quel-

ques jours, les seins devenus, plus douloureux, surtout le gauche, laissaient suinter un peu de sérosité; l'appétit de la malade avait diminué; elle éprouvait des dégoûts, du malaise. Le toucher me fit percevoir le col situé tout à fait en arrière et tellement élevé que je ne pus l'atteindre qu'à grand'peine et m'assurer qu'il était presque complètement effacé. Le segment vaginal de l'utérus était très-saillant, bombé, élastique, distendu par du liquide, et à travers ses parois je pus facilement opérer le ballottement et sentir une petite tête qui, par l'étendue de sa circonférence, semblait appartenir à un fœtus de quatre ou cinq mois. Ce jour-là, comme les autres fois, l'auscultation ne me fit entendre ni bruit de souffle, ni bruit de battements doubles; quant aux mouvements du fœtus, la mère ne les avait jamais perçus.

Enfin, l'écoulement habituel avait acquis depuis la veille une consistance plus visqueuse et une odeur particulière. Il était donc probable que l'avortement allait avoir lieu; cependant les douleurs cessèrent complètement pendant plusieurs jours, se renouvelèrent et cessèrent encore de nouveau sans que l'écoulement colorant, visqueux et odorant, eût discontinué.

Le 20, vers onze heures du soir, je fus mandé en toute hâte auprès de la malade. Ses douleurs avaient recommencé avec plus de violence que jamais depuis deux ou trois heures; elles avaient augmenté tout d'un coup, et revenaient de trois en trois minutes. Lorsque je voulus toucher, je trouvai entre les lèvres de la vulve les genoux d'un fœtus, que quelques contractions suffirent pour expulser, mais que j'eus soin de ne pas extraire de force, afin d'éviter une hémorrhagie qui pouvait être à redouter

dans cette circonstance. L'enfant, du sexe masculin, était mort et offrait le développement d'un fœtus de quatre mois et demi, parfaitement conformé; la couleur de sa peau était d'un rouge brun un peu foncé, mais l'épiderme était adhérent, et en aucun endroit il ne se laissait détacher, ce qui me convainquit que la mort n'avait dû avoir lieu que depuis fort peu de jours. L'arrière-faix fut extrait vingt minutes après avec les précautions nécessaires, et l'écoulement sanguin qui le suivit fut fort peu abondant, ainsi que les lochies. Celles-ci se supprimèrent même complètement pendant les quinze jours qui suivirent la fièvre de lait. Enfin, la malade conserva pendant quelque temps encore une assez vive sensibilité de l'utérus, qui céda à l'emploi des émollients, des laxatifs, au régime et au repos; mais elle resta atteinte d'une leucorrhée qui reconnaît pour causes des granulations au col de l'utérus, et contre laquelle ont échoué jusqu'à présent les divers traitements employés.

Voici ce que l'examen de l'arrière-faix présenta de particulier. (Voir la figure 1re.)

Les membranes ovariennes étaient entières et s'étaient rompues vers le point le plus éloigné du placenta.

Celui-ci, de forme circulaire, avait la largeur de la paume de la main, était assez épais; sa substance, divisée par les prolongements fibro-celluleux nombreux et assez développés du chorion, paraissait dans un état complètement normal, et se laissait pénétrer facilement par une injection d'eau colorée et poussée dans une des artères et dans la veine ombilicale. Les lobules de la face utérine étaient à peine séparés les uns des autres, et étaient liés et recouverts à leur superficie par le feuillet intact

et très-apparent de la decidua serotina ou caduque secondaire (AA).

Entre le point de jonction des bords du placenta et des membranes propres de l'œuf existait, sur presque toute la circonférence, un tissu brun-rougeâtre assez résistant (D, E), disposé sous forme de lambeaux de membrane, large en certains points de trois ou quatre centimètres, épais de six ou huit millimètres, adhérant en partie aux bords du placenta, en partie aux membranes elles-mêmes; ce tissu contenait çà et là, dans son épaisseur, des caillots sanguins d'ancienne et de nouvelle formation et était imprégné d'un liquide roussâtre, analogue à celui qui s'était écoulé pendant la grossesse; je fus frappé aussi de sa ressemblance avec le débris de membrane que la malade avait rendu vers le quatrième mois. Il me parut dès le premier abord que ce tissu, évidemment altéré, était le reste de la membrane caduque épaissie, hypertrophiée, malade enfin. Pour m'en assurer, je séparai l'amnios du chorion (B), puis celui-ci du placenta dans une partie de sa circonférence, et il ne me fut pas possible de découvrir à la surface de la dernière membrane d'autres traces de la caduque que celles dont je viens de parler. En effet, on voyait sur certains points que le tissu tomenteux malade, était disposé sur deux couches, l'une externe ou utérine, que je parvins très-aisément à soulever de l'autre ou de l'interne, à laquelle elle n'adhérait que par de faibles cellulosités. Cette dernière était attachée au chorion par le moyen des villosités fines et nombreuses de celui-ci. L'un et l'autre feuillet venaient se réunir à angle sur les bords du placenta, avec lequel ils semblaient se continuer, mais l'altération pathologique qui les avait envahis ne s'étendait pas

au-delà de deux à trois millimètres sur la face fœtale de ce gâteau vasculaire, et n'intéressait nullement la caduque secondaire. De plus, malgré le degré d'altération qu'avaient subi ces restes de membrane, on pouvait encore distinguer çà et là des portions de leurs deux surfaces en contact, lisses, polies, tandis que d'autres présentaient les porosités caractéristiques de la caduque. Ainsi, il n'existait *aucun* autre vestige de celle-ci, sur la surface de l'œuf, que là où elle conserve habituellement le plus d'épaisseur et des traces prononcées de vascularité souvent même jusqu'à la fin de la grossesse ; le reste avait été très-probablement entraîné par l'écoulement pendant la grossesse, s'était mêlé aux caillots, ou devait être enlevé dans la suite par les lochies.

Enfin entre le chorion et l'amnios, qui étaient parfaitement sains, on voyait au pourtour et à la base du cordon ombilical une couche assez épaisse de cette albumine divisée par des chalazes, qui a reçu le nom de tissu réticulé, et qui concourt à former la tunique moyenne. Quant au cordon ombilical, il était sain, de grosseur médiocre, long, implanté vers l'un des points de la circonférence du placenta, et tous ses vaisseaux étaient bien perméables à l'injection.

On voit par l'observation précédente que la femme qui en fait le sujet a eu, il y a plusieurs années, un avortement accompagné de circonstances remarquables. D'abord une frayeur détermine une hémorrhagie à trois mois de grossesse, et cette hémorrhagie, quoique peu abondante, dure six semaines, et est remplacée par un écoulement d'eaux rosées. L'enfant continue à vivre cependant jusqu'au cin-

quième mois, et n'est expulsé qu'au septième. Trois mois après, nouvel avortement présumable à cinq semaines, ou simplement perte abondante en rouge après des fatigues et une suppression de règles de deux mois. Celles-ci reviennent périodiquement à la suite de ce second accident, mais avec de violentes douleurs et de la leucorrhée. Madame F. redevient enceinte sans doute vers la fin d'avril ou le commencement de mai; c'est dans les premiers jours de juin qu'a lieu une hémorrhagie à laquelle succède un écoulement continuel d'eaux roussâtres, qui, pendant le mois d'août et la première moitié de septembre, s'accompagne de pertes de sang modérément abondantes, revenant de dix en dix jours à peu près. Enfin, le 20 du dernier mois, elle avorte à quatre mois et demi de grossesse, et seulement six jours après la première apparition des douleurs et du travail. Ainsi, dans le premier et le dernier avortement, causes analogues, symptômes et terminaison à peu près semblables. On peut donc en conclure à priori que les altérations pathologiques devaient être les mêmes dans l'une et l'autre circonstances.

Quant à la dernière maladie dont je viens de tracer l'histoire, on a dû remarquer que pendant son cours, le pouls, l'appétit, avaient à peine varié, que la santé générale s'était conservée assez bonne, sauf quelques malaises et de la faiblesse, et que l'utérus avait continué à se développer jusqu'à quatre mois et demi environ.

A quels organes pouvais-je donc attribuer l'écoulement si persistant qui avait constitué le phénomène le plus important de la maladie? En procédant par voie d'exclusion, je pensai que, si l'amnios ou le chorion pouvait être le siége de cette maladie, leur mode d'altération aurait été

tel que leur rupture serait devenue inévitable de bonne heure et n'aurait plus permis au fœtus de se développer et à ses annexes de demeurer longtemps dans l'utérus; une altération de cette nature ne pouvait du reste avoir son siége et déterminer des hémorrhagies dans des membranes dépourvues d'une organisation et de vaisseaux sanguins apparents. Il en devait être de même à l'égard de la tunique moyenne. — Les follicules du col utérin pouvaient-ils être cause de l'écoulement? Je doute, malgré ce qu'en dit Burns, que ces organes puissent, par l'effet d'une action morbide, fournir une sécrétion aussi abondante et aussi prolongée que celle qu'offrait ma malade; j'écartai donc encore cette opinion, ainsi que celle de la rupture d'un vaisseau lymphatique, présumée par quelques auteurs; rupture qui d'ailleurs, si elle était possible, ne pourrait donner lieu à un écoulement semblable sans altérer la santé générale d'une manière notable, au bout de quelque temps.

Le placenta était-il malade? Cette question était fort embarrassante à résoudre, et cependant il me paraît très-probable, que si une partie du tissu de cet organe avait été aussi altérée que semblait l'indiquer l'écoulement, la nutrition du fœtus en aurait souffert immédiatement, et sa mort en aurait été la conséquence.

Je n'avais découvert, il est vrai, ni bruits, ni battements doubles, ni mouvements actifs de l'enfant; mais, d'une part, on sait qu'il est très-souvent impossible de les distinguer au terme de la grossesse où se trouvait la malade, et, d'une autre part, je voyais l'utérus suivre chaque jour un développement régulier comme dans une grossesse normale.

La maladie pouvait être enfin constituée par des hydatides, et cette supposition me semblait d'autant plus admissible que des hémorrhagies avaient lieu fréquemment; mais il y avait en outre écoulement incessant d'un liquide roussâtre, ce qui n'a jamais été, que je sache du moins, observé dans les cas de grossesse hydatique.

Je crus donc devoir rapporter cette sécrétion anormale ou à une maladie de la surface interne de l'utérus, ou à un de ces kystes que l'on prétend pouvoir se développer entre cette surface et la membrane adventive, ou enfin à une altération profonde de cette membrane; et cette dernière hypothèse me sembla d'autant mieux fondée, que j'avais vu la malade rendre, après une hémorrhagie, une portion de membrane assez analogue, par sa texture, à la caduque.

L'examen de l'arrière-faix vient de montrer que l'altération portait d'une manière évidente et spéciale sur les deux feuillets de cette membrane, qui non-seulement était beaucoup augmentée d'épaisseur, mais dont le tissu était devenu brunâtre, plus spongieux et parsemé de caillots sanguins qui indiquaient fort bien de quelle source devaient provenir les hémorrhagies passagères.

Je pencherais à croire, en outre, que chez Madame F... il existait une disposition maladive de la surface interne de l'utérus, soit qu'elle fût antérieure aux accidents sus-mentionnés, soit qu'elle eût été déterminée et entretenue par le contact de la caduque altérée. En effet, j'ai eu l'occasion de constater depuis, que la leucorrhée dont la malade est atteinte tire son origine de granulations qui probablement s'étendent jusque dans l'intérieur de l'utérus; il est possible que cette affection date du premier avortement, et

qu'elle ait contribué à déterminer la maladie des membranes.

Quoi qu'il en soit, en considérant la tenacité et l'abondance de l'écoulement séro-sanguin chez ma malade, et éclairé par ce qui était arrivé à la première grossesse, je compris bientôt qu'il ne pouvait guère y avoir de chances d'empêcher l'avortement, à moins que l'écoulement ne vînt à se supprimer de lui-même ou à être arrêté par des moyens appropriés. Je dois dire aussi que la douleur des seins, qui se montra de bonne heure et persista jusqu'à la fin, et leur écoulement séreux, tinrent mon attention éveillée : on sait, en effet, que ces signes ont souvent été considérés comme indices de souffrance de l'utérus et même d'avortement.

Quant à la cause de l'avortement, dans les deux cas on peut l'attribuer, ou bien à ce que les contractions utérines ont été de plus en plus vivement excitées par l'altération pathologique croissante; ou bien à ce que le chorion et l'amnios n'étant plus efficacement protégés et soutenus, en raison de la destruction de la caduque dans une partie de son étendue, ont fini par s'éraillet et se rompre; ou bien, enfin, à la mort du fœtus lui-même, par suite du trouble occasioné dans la circulation utérine et des pertes considérables éprouvées par l'organe.

Si le travail s'est déclaré la dernière fois plus tôt qu'à l'époque du dernier avortement, il est possible que la médication astringente que j'ai employée, en resserrant momentanément l'orifice utérin, ait favorisé l'accumulation des liquides à l'intérieur, déterminé comme on l'a vu une distension plus considérable et assez rapide de la matrice, et enfin sollicité ses contractions énergiques. Je sais que

l'on peut objecter à cette opinion que maintes fois des collections considérables de liquide se font à l'intérieur de l'utérus en état de gestation, et le distendent d'une manière vraiment extraordinaire sans entraver le cours de la grossesse; mais dans l'hydropisie, la quantité du liquide augmente peu à peu et marche avec le développement de l'utérus, habituant pour ainsi dire cet organe à la distension, tandis que, dans l'observation présente, le liquide, quoique sécrété en assez grande abondance depuis plusieurs mois, était sans cesse évacué; ce n'est que lorsque l'écoulement a diminué d'une manière sensible, et que l'accumulation a pu se faire en assez grande quantité et assez brusquement, que le travail s'est véritablement déclaré. Ici, enfin, une partie du produit se trouvait dans des conditions anormales.

Si la malade avait réclamé des conseils et suivi un régime convenable lors des premiers symptômes de sa maladie pendant ses deux grossesses, peut-être l'altération des membranes et l'écoulement ne se seraient-ils pas établis, en supposant, toutefois, que la surface utérine ne fût pas déjà malade.

Ce que je trouve de très-remarquable dans cette observation, c'est la persistance de la grossesse et de la vie du fœtus, malgré le degré d'altération subi par la membrane caduque et l'abondance des pertes; cette persistance s'explique parce que le rapport le plus important entre l'organe gestateur et le produit n'avaient été ni atteints par la maladie, ni détruits par les contractions utérines; et ce phénomène donnera lieu à quelques considérations physiologiques qui seront consignées ailleurs. Ce qu'il m'importe de constater ici, c'est que je vois dans l'observation

que je viens de transcrire deux avortements arrivés dans les mêmes circonstances chez la même personne, et dus à une maladie de la caduque, qui a commencé au bout de quelques semaines après la conception par une congestion sanguine de cette membrane, semblable à celle que l'on observe sur un certain nombre de produits avortés. Il est probable que par la suite les vaisseaux sanguins qui pénètrent la caduque y ont produit un travail particulier, une sorte d'hypertrophie, de dégénérescence, et déterminé la sécrétion du liquide séro-sanguin, à laquelle participait sans doute aussi la surface interne de l'utérus. Je considère enfin cette maladie arrivée au point où je l'ai observée, comme une altération chronique, conséquence de ces congestions partielles ou générales dont la caduque est quelquefois atteinte dans les premiers mois de la grossesse, et qui ordinairement déterminent de bonne heure la mort et l'expulsion de l'œuf.

J'ai vainement cherché dans une assez grande quantité d'ouvrages des faits analogues à celui-ci. Parmi le très-petit nombre de maladies de la caduque, que l'on trouve décrites avec quelques détails, aucune ne m'a offert jusqu'à présent les mêmes symptômes et les mêmes altérations que ceux que j'ai essayé de retracer. Cependant on rencontre dans les observations de Mauriceau quatre faits (observations 207e, 361e, 432e et 68e du supplément) qui présentent quelque ressemblance avec le mien. Dans l'observation 207e, entre autres, un écoulement sanguin et séro-sanguinolent assez copieux avec expulsion de caillots de temps en temps se manifesta après le premier mois de la grossesse, et se prolongea en augmentant d'intensité jusqu'au cinquième, époque à laquelle l'avorte-

ment eut lieu. L'enfant, qui se présentait aussi par l'extrémité pelvienne, donna encore quelques signes de vie. Ainsi voici un fait surtout qui offre beaucoup d'analogie et dans lequel, en outre, l'enfant était encore vivant. Malheureusement dans aucun cas l'auteur ne mentionne ni la cause, ni les symptômes de la maladie, ni la nature des altérations. Ce laconisme de Mauriceau, et l'oubli dans lequel se trouvait alors l'anatomie pathologique, sont d'autant plus à regretter que cet auteur a eu l'occasion de voir un très-grand nombre d'avortements.

Je crois pouvoir encore mentionner ici comme résultat de congestion inflammatoire une observation du professeur Dubreuil de Montpellier, publiée dans la *Revue médicale*, t. IV, 1831.

A la suite de travaux pénibles, une femme avorta (probablement vers cinq ou six semaines de grossesse; c'est, du moins, ce que la description du fœtus laisse comprendre), et on trouva que l'épichorion n'avait plus l'aspect tomenteux et celluleux, mais à sa surface en rapport avec la caduque il existait de nombreuses vésicules ovoïdes, transparentes, grosses comme un grain de millet, appendues à un pédicule cellulaire particulier à chacune, et contenant un fluide limpide; elles n'avaient rien qui pût les faire confondre avec des hydatides. La caduque avait plus d'une ligne et demie d'épaisseur, était résistante et adhérait au chorion au moyen *d'une fausse membrane très-ténue*. On ne voyait plus que de faibles vestiges, des filaments du chorion. Cette membrane était épaisse et opaque, mais l'ammios et la vésicule ombilicale paraissaient sains. L'opinion de l'auteur est que, par suite d'une prédisposition à la diathèse séreuse, qui est le résultat d'une perversion dans l'acte nu-

tritif, la caduque a été métamorphosée en une réunion de vésicules; mais il ajoute plus loin que l'union accidentelle et médiate de la membrane adventive avec le chorion est le résultat évident *d'un travail inflammatoire*. Ce travail avait-il été déterminé par l'altération, la transformation de la membrane, ou y avait-il donné lieu? C'est ce que rien n'indique positivement, et nous n'oserions rien affirmer : cependant je pencherais plutôt vers la dernière opinion.

Ainsi, les quelques observations que je viens de citer semblent prouver que non-seulement la membrane caduque prend part aux diverses congestions qui peuvent atteindre l'utérus, en raison de ses nombreuses relations vasculaires avec ce viscère, mais aussi qu'elle peut être le siége d'altérations diverses, résultat ordinaire d'inflammation, comme l'annoncent la sécrétion purulente, l'exsudation sanguine et pseudo-membraneuse, etc., etc.

Il est probable que des recherches ultérieures pourront faire connaître des modifications beaucoup plus nombreuses; mais il faut dès à présent faire remarquer que, malgré la gravité des symptômes et des altérations observés dans plusieurs des faits relatés plus haut, l'existence du fœtus n'a pas toujours été immédiatement compromise, et que même parfois elle a pu être conservée jusqu'à une époque assez avancée de la grossesse. Pour que cela ait eu lieu, il faut, ou que les connexions vasculaires directes de l'enfant avec les vaisseaux utérins n'aient pas été atteintes par la maladie, ou que celle-ci ne se soit pas déclarée avant l'établissement complet de ces mêmes connexions.

Apoplexie. — J'entends par apoplexie de la membrane caduque un épanchement sanguin soit partiel, soit général, dans le tissu de cette membrane ou dans sa cavité, et

qui peut encore être produit par l'effet d'une vive congestion de l'utérus. Cette congestion soit active, soit passive, envahit rapidement et directement les vaisseaux de la caduque, ou bien sollicite les contractions utérines qui, à leur tour, refoulent le liquide dans la membrane : dans l'un et l'autre cas, les vaisseaux distendus se rompent et laissent épancher le sang dans les mailles de son tissu. Telle est du moins l'explication qu'il me semble le plus rationnel d'adopter, lorsque la maladie reconnaît pour cause première un ébranlement violent de l'utérus, ou bien une entrave notable à sa circulation. Mais je ne me dissimule nullement qu'ici, comme dans plusieurs apoplexies du cerveau, le mode de production, la cause incitatrice, restent quelquefois inconnus et toute explication stérile.

Néanmoins, l'apoplexie ou l'épanchement sanguin des membranes caduques est une maladie beaucoup plus fréquente que celles qui viennent d'être décrites ; et cette fréquence s'explique par le peu de résistance que présentent les parois des vaisseaux adventifs. Il est peu d'accoucheurs qui n'aient remarqué ou écrit que les débris de membranes ou les œufs entiers provenant d'avortements étaient semblables à de véritables caillots par la quantité de sang noir et coagulé qui occupait leur tissu et le rendait compacte et plus ou moins volumineux. C'est qu'en effet il ne s'agit pas seulement ici d'une simple infiltration ou de dépôt du sang sur la surface externe de la caduque par suite de la rupture de ses vaisseaux de communication, mais aussi d'un véritable épanchement dans l'épaisseur de son tissu, épanchement qui fait corps avec lui, et dont il est très-difficile, et même souvent impossible de le débarrasser à l'aide de lavages réitérés, comme cela m'arrive en-

core en ce moment pour une portion de caduque où l'apoplexie a été violente.

Mais l'apoplexie peut-elle atteindre toutes les parties de la membrane caduque? Le nombre d'observations que j'ai pu recueillir jusqu'à présent, quelque limité qu'il soit, me porte à penser que l'épanchement sanguin peut être ou partiel ou général, et qu'il peut envahir soit le feuillet utérin, soit la cavité de l'hydropérione, soit même le feuillet réfléchi.

Je vais citer comme exemple d'apoplexie partielle de ce dernier feuillet une observation qui, bien qu'elle offre sous certains rapports une analogie frappante avec celles qui ont été relatées par M. Deneux, dans le Journal général de médecine, t. LXVIII, et par M. Jacquemier, dans un mémoire fort intéressant publié dans les Archives générales de médecine (juin, juillet, août 1839), présente cependant des différences assez notables pour en être distinguée.

Madame E..., âgée de 28 ans, primipare, était enceinte, suivant ses calculs, de deux mois et demi environ, lorsque le lendemain d'un jour où elle s'était fatiguée et avait fait quelques efforts, elle éprouva des malaises et perdit une certaine quantité d'eau roussâtre; dès lors les contractions utérines se développèrent, et un écoulement sanguin survint. Appelé auprès de la malade, je trouvai le col de l'utérus petit, mou, son orifice complètement fermé, mais le corps de l'organe était assez fortement distendu. Je mis aussitôt en usage les moyens ordinaires, je pratiquai une petite saignée, fis administrer quelques lavements laudanisés, et malgré ces soins l'expulsion de l'œuf eut lieu...

La masse rendue ce jour-là se composait de la caduque réfléchie, avec un lambeau qui lui était encore attaché,

du chorion et de l'amnios, contenant entre eux les vestiges de la vésicule ombilicale. On voyait dans la cavité de l'œuf une portion du cordon ombilical, mais l'embryon n'y existait plus. Trois jours après, la malade rendit un débris de membrane caduque qui était rouge, infiltré de sang et surchargé d'un caillot noir de nouvelle formation et peu adhérent.

Je disséquai avec soin les membranes de la première masse (voir la figure 2) et trouvai le chorion et l'amnios entiers, parfaitement sains, à l'exception d'un point peu étendu où existait une déchirure à bords rougeâtres, par laquelle sans doute l'embryon s'était échappé.

La caduque réfléchie (D) formait évidemment la couche la plus extérieure. Elle était unique, épaisse, lisse à sa surface externe, tomenteuse sur l'interne qui recouvrait le chorion dans les trois quarts de son étendue, et lui adhérait fortement au moyen de ses villosités nombreuses. Sur la face choriale de ce feuillet de la caduque on voyait manifestement cinq petits foyers apoplectiques disséminés çà et là. Ils étaient pour la plupart éloignés du point d'insertion du cordon ombilical et formés par des caillots de la grosseur d'un pois, adhérents à la caduque seule, qui, aux environ ; était légèrement rougeâtre, et ils se trouvaient détachés du chorion, très-sain d'ailleurs, et sans aucune connexion apparente avec lui ; ces caillots formaient dans la cavité de l'œuf et à travers les membranes des bosselures analogues à celles que l'on retrouve sur un certain nombre des œufs abortifs, représentés dans les planches de MM. Velpeau et Breschet. Enfin le lambeau de caduque (E) qui était encore adhérent à celui que je viens de décrire, offrait dans presque toute son étendue une congestion as-

sez violente et contenait *dans son épaisseur* quelques foyers apoplectiques isolés ou réunis. Le dessin montre l'un d'eux ouvert par incision (E').

Les observations 7e, 8e, 9e, 11e de M. Deneux (*loc. cit.*) sont relatives à des cas où l'épanchement sanguin avait eu lieu aussi entre l'épichorion et le chorion, et s'était présenté sous forme d'une couche plus ou moins épaisse ou de caillots isolés en nombre variable, circonstance que M. Deneux regarde comme plus fréquente. Ce médecin attribue ces hémorrhagies non pas à la rupture des vaisseaux ombilicaux trop ténus pendant les premières semaines de la grossesse, mais aux nombreux vaisseaux qui de la matrice se plongent et se ramifient dans les membranes de l'œuf ou les rudiments du placenta. M. Jacquemier, dans le travail dont j'ai parlé, a étudié cet accident d'une manière plus complète, et a regardé les vaisseaux utéro-placentaires comme la source de toutes ces apoplexies qui ne pourraient se rencontrer, suivant lui, que dans le lieu même où se forme le placenta, ou bien au pourtour de ce point.

Or, dans l'observation que je viens de rapporter, on a vu que les foyers apolectiques offraient bien une disposition analogue, mais qu'ils se trouvaient non pas dans la couche adventive secondaire ou utéro-placentaire, mais sur la caduque réfléchie elle-même, et dans des points en général assez éloignés du cordon ombilical. Malgré cette différence, je crois aussi que la source de l'hémorrhagie était ici à peu près la même que dans celles que M. Jacquemier a décrites; et voici pour quelles raisons : le placenta, constitué en partie par les vaisseaux du fœtus, en partie par ceux de la mère, se forme là où, d'une part, les villosités du chorion plus développées se laissent traverser par les

vaisseaux ombilicaux qui se dirigent vers la surface de l'utérus, et, de l'autre part, là où les vaisseaux de ce dernier organe croissent et s'allongent pour traverser la couche adventive secondaire, et se ramifier entre les arborisations choriales. Mais des rameaux de ces vaisseaux utérins peuvent encore se répandre sur la caduque, parce qu'ils dépassent les limites que se sont imposées les vaisseaux ombilicaux, qui seuls déterminent l'étendue de la sphère vasculaire du placenta. Aussi est-ce ce qui m'a fait dire en commençant que la caduque réfléchie pouvait recevoir des vaisseaux utéro-placentaires. Il m'est arrivé de voir sur des arrière-faix, même avancés en âge, des ramifications vasculaires se répandre des bords du placenta dans les feuillets de la caduque. Ce n'est donc plus ici, à proprement parler, une apoplexie utéro-placentaire, mais un épanchement partiel à la surface de la caduque. Au reste, j'ai quelquefois trouvé disséminées çà et là et à une distance éloignée du placenta, sur la face fœtale de l'épichorion, des plaques peu épaisses, en partie rosées, en partie jaunâtres, composées d'une substance crêmeuse, et qui semblaient n'être évidemment que les restes d'anciens caillots formés très probablement vers le commencement de la gestation. M. Godefroy, professeur d'accouchements à Rennes, leur attribue la même origine. (*Annales d'obstétrique*, t. I, p. 201.) Enfin une autre raison qui m'a surtout fait citer mon observation comme une preuve de la possibilité des apoplexies partielles dans la caduque, c'est la présence très-évidente de foyers sanguins distincts et disséminés dans l'épaisseur du lambeau que représente la figure, et qui font véritablement corps avec lui.

EXPLICATION DES FIGURES.

FIGURE PREMIÈRE.

Avortement à quatre mois et demi.

AAAA, Bord du placenta recouvert de sa caduque secondaire ou inter-utéro-placentaire intacte.

BBBB, Chorion ramassé et renversé en dedans, laissant voir ses villosités qui s'attachent à la caduque réfléchie E.

CC, Amnios détaché du chorion et ramassé au milieu.

DDDDD, Lambeaux de la caduque utérine très-épaissie et infiltrée d'une sérosité roussâtre et de caillots sanguins. On y distingue encore très-bien sur certains points la structure naturelle à la membrane.

EEE, Restes de la caduque réfléchie disposée en champignon à la circonférence du placenta, et ayant subi le même mode d'altération.

F, Cordon ombilical.

FIGURE DEUXIÈME.

Avortement à deux mois et demi.

A, Amnios étalé et tendu sur un cercle ; il est détaché du chorion et on aperçoit sur un point de sa circonférence les vestiges de la vésicule ombilicale.

B, Chorion étalé et tendu de la même manière ; il est détaché en partie de la caduque réfléchie.

CC, Bords renversés de la caduque réfléchie ; on distingue les villosités du chorion, qui sont restées adhérentes, et en

C'C' Deux caillots sanguins provenant d'une apoplexie partielle de la caduque congestionnée autour d'eux.

DD, Face externe de la caduque réfléchie poreuse, et présentant en

D' Une saillie formée par un foyer apoplectique sous-jacent.

E, Lambeau de la caduque congestionnée offrant à sa surface plusieurs bosselures, dont une en

E' A été incisée, et qui sont formées par de petits foyers apoplectiques répandus dans son épaisseur même. (*La suite au cahier prochain.*)

(1) Ce travail, lu au mois de mai dernier devant la société de médecine, était sous presse au moment où M. Coste présentait à l'Institut, sur l'origine de la caduque, un Mémoire dont les conclusions viennent aussi confirmer ce que j'avance sur la pathologie de cette membrane.

OBSERVATION

SUR UN CAS DE DIABÈTE SUCRÉ,

Recueillie dans le service de M. Requin, à l'Hôtel-Dieu (annexe);

Et rédigée par M. BONNEFOUS, interne.

(Imprimée par décision de la Société de médecine.)

Traitement par un régime animal et le pain de gluten. — Guérison.

Le 23 février 1842, est entrée au n° 3 de la salle Sainte-Cécile une femme de 60 ans, marchande des quatre-saisons, née à Paris qu'elle a constamment habité. Elle se nomme Lachant (Marie-Catherine); elle n'a eu en sa vie

d'autre maladie grave qu'une *fluxion de poitrine*, avant l'âge de 20 ans.

Réglée pour la première fois à 15 ans, elle n'a jamais éprouvé de dérangement dans la fonction menstruelle jusqu'à sa cessation, à 48 ans. De 20 ans à 42, elle a eu quatorze fausses couches, sans avoir pu amener aucune grossesse à terme ; la dernière eut lieu à 8 mois : toutes les précédentes n'avait pu atteindre le septième.

Cette femme, quoique dans un état assez misérable (elle était couverte de poux, elle n'avait pas de chemise), assure pourtant se nourrir convenablement. Elle habite au second étage; son appartement semble réunir des conditions suffisantes d'hygiène; ses demi-aveux, et quelques circonstances de son séjour à l'hôpital, portent à penser qu'elle avait certaines habitudes d'ivrognerie; tout au moins ne dissimule-t-elle pas un penchant bien prononcé pour les boissons alcooliques.

La malade raconte avoir été prise, il y a quatre mois, de l'affection pour laquelle elle vient réclamer les secours de l'art. A son dire, l'invasion a été subite et la maladie a présenté immédiatement l'intensité qu'elle a aujourd'hui. Du reste, pour ce renseignement comme pour tous ceux qu'elle a donnés, il faut se tenir dans la plus grande réserve, vu son peu d'intelligence. Quoi qu'il en soit, voici l'état qu'il a été aisé de constater lors de l'entrée de la malade : d'abord, et surtout, une soif extrême, c'était même à vrai dire la seule chose dont elle se plaignit, mais elle a bientôt ajouté que la quantité de ses urines avait singulièrement augmenté; le fait a été vérifié de la manière suivante : un sceau était placé auprès de son lit et recevait toutes ces urines; on avait soin de le faire vider

chaque matin à la visite. Durant les premiers temps du séjour à l'hôpital, il fallait le vider deux fois dans la journée, et il était encore à moitié rempli au moment de la visite ; d'où il résulte que la quantité d'urines excrétée chaque jour était de deux seaux et demi. Ces urines ont été soumises à l'analyse par M. Bouchardat, et cet habile chimiste y a constaté soixante-dix grammes de sucre sur mille.

L'état général n'offre d'ailleurs point de trouble bien notable ; la malade n'a pas de fièvre ; son appétit, quoique diminué, est encore assez bon ; le sommeil est également un peu moindre, pas de douleur dans aucun organe. Il y a seulement un notable affaissement des forces, qui empêche cette femme de se livrer à ses occupations ordinaires.

Le diagnostic paraissant bien établi d'après les faits précédents, on eut d'abord recours au traitement qui suit : une chemise de flanelle fut appliquée sur la peau ; régime animal, autant que possible ; deux portions de pain ordinaire pour la double quantité de viande, et pas de légumes ; vin de Bordeaux. Chaque soir, une pilule d'extrait d'opium à 0,05 centig. Ces prescriptions furent continuées quinze jours sans changement appréciable. L'indocilité de la malade y était un obstacle continuel ; on cherchait à réduire encore le peu de pain qui lui était donné, mais les cris et les plaintes de cette femme décidèrent à renoncer à de semblables tentatives de traitement, car elle troublait le repos de la salle et toute surveillance échouait. On songea alors à employer le pain de gluten, qui fut donné à discrétion ; mais le pain ordinaire fut supprimé entièrement. Il y eut encore quelques difficultés, mais enfin on

parvint à faire suivre le traitement animal en donnant chaque jour du poulet. La malade accepta ce nouveau régime assez volontiers ; on n'avait pu l'habituer à la viande servie ordinairement dans les hôpitaux.

Ce traitement était suivi avec persévérance depuis deux mois et produisait des améliorations de plus en plus appréciables. La quantité des urines diminuait graduellement, ainsi qu'il était aisé de s'en assurer tous les matins. Les autres malades remarquaient que celle qui fait l'objet de cette observation buvait de moins en moins. Enfin, après deux mois, on trouvait que les urines excrétées dans la journée étaient d'un tiers du seau seulement. On se proposa alors de les analyser de nouveau : M. Bouchardat n'y trouva pas de sucre ; mais il craignit qu'elles ne fussent altérées, et il demanda une nouvelle analyse ; celle-ci produisit le même résultat. M. Bouchardat manifestait encore les mêmes craintes ; alors M. Bonnefous alla recueillir des urines qu'il fit excréter à la malade devant lui, puis les porta tout de suite à M. Bouchardat. Cette fois on ne pouvait objecter les mêmes appréhensions, et le résultat de cette troisième expertise fut semblable à celui des deux précédentes.

D'un autre côté, la malade boit dans les 24 heures deux pots de tisane ; la quantité des urines se maintient au niveau ordinaire ; les forces ont reparu ; le sommeil et l'appétit ont augmenté. Depuis quinze jours, cependant, le traitement est suspendu ; la malade mange quatre portions, selon les prescriptions du règlement des hôpitaux. Elle a conservé sa chemise de flanelle, continué l'usage du bordeaux et de la pilule d'opium.

Elle quitte le service le 7 juin dans cet état, qui peut être considéré comme une guérison.

ETUDES SUR LA THERAPEUTIQUE

DES LUXATIONS RÉCENTES.

Par M. le docteur G. FILUGELLI.

Après avoir établi, dans un précédent mémoire (*Rev. méd.*, juillet 1842), que les obstacles rencontrés dans la réduction des luxations sont dus à un accrochement des os déplacés, accrochement qui, d'un côté, est produit par des éminences osseuses, et, de l'autre, par une tension musculaire complétement passive qui tient immobiles, l'une contre l'autre, ces mêmes éminences, et après avoir remarqué que le déplacement des os luxés se fait presque constamment du côté opposé à celui où les muscles tendus tendent à les entraîner, et où ils les entraînent en effet après le décrochement, on peut, je crois, tirer les conséquences suivantes, savoir : 1° que (les muscles ne contribuant à la production des obstacles à la réduction des luxations que d'une manière complètement passive) l'administration de tout remède capable de faire cesser des contractions musculaires est inutile ; 2° que (les muscles tendus ayant une forte tendance à porter les os luxés vers leur situation normale) il ne faut pas, pendant la réduction, employer des forces trop considérables, capables de neutraliser celles des muscles nommés ; 3° que (l'accrochement des os luxés devant exister de l'instant même où

le déplacement se produit) la réduction des luxations, tentée immédiatement après l'accident, doit présenter les mêmes difficultés qu'elle présenterait quelques jours seulement après.

Je vais donner quelques éclaircissements sur chacune de ces trois conséquences, qui ne sont, pour ainsi dire, que des corollaires de ce que j'ai dit dans mon premier mémoire à l'égard des obstacles à la réduction des luxations récentes, et ensuite je passerai à la description de quelques procédés pour la réduction de plusieurs luxations.

§ I. Plusieurs auteurs, et particulièrement les anglais, attachent la plus grande importance à l'administration de certains remèdes (comme le tartre stibié) quelques moments avant la réduction, car ils se flattent de détruire ainsi l'obstacle le plus considérable, savoir, la contraction musculaire.

Certes le tartre stibié, en produisant des nausées, produit aussi une espèce de relâchement général : le malade se trouve dans la presque impossibilité de contracter ses muscles, et tout porterait à faire croire que la réduction d'une luxation ne doit pas présenter de difficultés. Mais les choses ne se passent pas ainsi, et beaucoup de chirurgiens qui se sont servis du tartre stibié ont dû surmonter les mêmes difficultés qu'en l'absence de ce remède. M. Malgaigne m'a assuré s'en être servi plusieurs fois, et avoir, malgré cela, rencontré les mêmes obstacles que l'on rencontre ordinairement. On voit, en outre, que ceux-là mêmes qui se louent davantage du tartre stibié, font un grand usage des machines.

Je veux rapporter un passage d'A. Cooper où l'on verra, d'un côté, de quelle gravité sont les moyens généraux qu'il

conseille, et, de l'autre, de quelle puissance énergique il veut qu'on se serve pour réduire une luxation.

« Pour la réduction de cette luxation (du fémur en haut et en dehors) on doit recourir aux moyens suivants : *Tirer 12 à 20 onces de sang, et même davantage si le malade est robuste; ensuite placer celui-ci dans un bain de 100°, que l'on élève graduellement à 110° Farenheit, jusqu'à ce qu'il tombe en syncope; tandis qu'il est dans le bain, lui donner de dix en dix minutes un grain de tartre stibié, jusqu'à ce qu'il éprouve quelques nausées, puis le tirer du bain et l'envelopper dans une couverture.* Il faut ensuite le placer entre deux poteaux éloignés l'un de l'autre de dix pieds, et auxquels sont fixés des anneaux.... On passe une forte ceinture entre les parties génitales et la cuisse, on la fixe à l'un des anneaux; une bande mouillée est étroitement appliquée immédiatement au-dessus du genou, et sur celle-ci est bouclé un bracelet de cuir muni de deux lanières qui portent des anneaux et croisent à angle droit la partie circulaire..... Les poulies sont fixées, d'une part, au second des deux anneaux; de l'autre part, aux lanières du bracelet qui entoure le genou.... *On commence à tirer et on cesse pour un moment lorsque le malade commence à se plaindre; puis on recommence les tractions, pour les suspendre de nouveau quand les souffrances du malade sont très-vives. Il procède ainsi jusqu'à ce que la tête de l'os soit arrivée au niveau de la cavité cotyloïde.* »

MM. Chassaignac et Richelot disent (dans une note de leur traduction, p. 10) que ces moyens débilitants sont, pour la généralité des cas, condamnables; car, disent-ils, ils ne sont pas exempts de tout danger.

Dans l'observation 10 d'A. Cooper, on répéta trois fois

des tractions faites avec des poulies, et cela après avoir fait prendre au malade un bain très chaud, avoir pratiqué une saignée de 24 onces, avoir administré 40 gouttes de teinture d'opium et de petites doses de tartre stibié.

Je pourrais citer beaucoup d'observations du même auteur, semblables à celle-ci, où les moyens débilitants ont été employés avec profusion et où, malgré cela, les tractions ont dû être très-prolongées et très-puissantes. De tout cela on peut déduire que ces moyens généraux sont pour le moins inutiles.

Les saignées répétées avant l'opération dans le but d'affaiblir le malade, les saignées faites au moment de la réduction pour produire la syncope, les bains, ne diminuent pas les obstacles en question plus que le tartre stibié. Et cela ne peut pas être autrement, car tout cet appareil est destiné à combattre ou à prévenir des contractions musculaires qui n'existent pas.

Les autopsies (comme je l'ai fait voir dans mon premier mémoire) nous montrent dans les luxations des muscles tendus comme des cordes; on trouve que ce sont ces muscles tendus passivement qui, avec les éminences osseuses, produisent les obstacles mentionnés; et, dès lors, comment admettre que les remèdes destinés à combattre ou prévenir des contractions musculaires peuvent être de quelque utilité quand, je le répète, ce ne sont pas ces contractions qui occasionnent les obstacles qui nous occupent?

Dira-t-on que la contraction des muscles qui n'ont pas été distendus par le déplacement des os s'ajoute à l'accrochement, pour augmenter les obstacles, et que pour cela le tartre stibié pourrait être de quelque utilité? Je ne

le pense pas : et je crois avoir démontré que cela n'est pas. D'ailleurs, ces contractions seraient ou physiologiques, ou tétaniques, et, dans le premier cas, il vaudrait mieux profiter du relâchement qui doit nécessairement succéder à la contraction (car chaque contraction physiologique ne peut durer qu'un certain temps) qu'administrer des remèdes qui ne sont pas sans influence sur l'économie; dans le second cas, savoir, si les contractions étaient spasmodiques, tétaniques, il serait encore inutile d'administrer le tartre stibié; car ce remède serait incapable de les faire cesser.

§ II. Le déplacement des os luxés se fait ordinairement dans le sens inverse à celui où les muscles tendus tendent à les entraîner, et où ils les entraînent en effet après le décrochement. Ainsi dans la luxation du fémur dans le trou ovale, le déplacement a lieu *en bas et en dedans*, et les muscles tendus (les psoas, iliaque et les fessiers) tendent à les reporter *en haut et en dehors*; dans la luxation de la jambe *en arrière*, les muscles tendus (les extenseurs de la jambe) tendent à la reporter *en avant*, etc.

Le fait des réductions spontanées prouve que cette heureuse tendance des muscles tendus à réduire les os déplacés se vérifie quelquefois, même sans avoir besoin que l'art intervienne pour opérer le décrochement.

Rapportons quelques observations.

Obs. Ire. — Un ouvrier, âgé de 24 ans, tomba d'une hauteur de 15 pieds, et se luxa le fémur droit sur le trou ovale. On ne se disposa à tenter la réduction que le lendemain. Le malade fut placé sur le côté droit; mais, trouvant sa position trop gênante, il fit un effort pour se retourner sur le côté gauche. Lorsqu'il voulut soulever la cuisse droite pour opérer ce mouvement, il éprouva subi-

tement une douleur très-vive qui lui fit lâcher prise ; au même instant, la tête du fémur rentra brusquement et avec un bruit distinct dans sa cavité. Cette réduction fut suivie d'un soulagement immédiat; la nuit fut tranquille; la guérison ne tarda pas à être complète. (Trad. d'A. Cooper, note des trad.)

Obs. II. — Le 21 juin 1837, une femme ayant le bras luxé en avant, entra à l'hôpital de la Charité et fut admise dans la salle Sainte-Catherine, au n° 26, dans le service de M. Velpeau. Cette femme, en se levant, était tombée sur le coude écarté du tronc, et porté un peu en avant. Elle éprouva une douleur très vive à l'épaule correspondante. Elle entendit un craquement très-prononcé, et puis elle fut dans l'impossibilité de remuer son bras. Un moment après elle fit tirer son bras par une femme de ses amies : mais celle-ci n'osant pas tirer très-fort de peur de lui faire mal (disait la blessée), l'impossibilité de mouvoir le bras ne disparut pas.

Elle se présenta à l'hôpital; et à la visite on constata tous les signes d'une luxation de l'humérus directement en avant. La malade étant dans son lit, fit un mouvement dont elle ne put se rendre compte; à la suite de celui-ci elle entendit un craquement à peu près semblable à celui qu'elle avait entendu en tombant; la douleur disparut, les mouvements redevinrent de ce côté aussi faciles que du côté sain ; M. Velpeau trouva la luxation réduite, et la blessée partit de l'hôpital le jour même de son entrée.

Dans ces deux cas les éminences osseuses ont dû être [illegible] renversées, et l'élasticité des muscles tendus as- [illegible] pour vaincre les obstacles qui pouvaient

naître du frottement des deux surfaces osseuses déplacées. Effectivement, la portion interne du rebord cotyloïdien étant, en grande partie, formée par un ligament qui, peut-être, avait été déchiré, l'accrochement, dans la première observation, n'a pas pu exister, ou, s'il a existé, il a dû être très-léger. Si l'on réfléchit ensuite que les femmes ont ordinairement des apophyses très-peu prononcées, on concevra facilement comment, dans la deuxième observation, la luxation ait pu être réduite sans que l'art ait préalablement dégagé ou décroché l'os déplacé.

Cette tendance des muscles tendus à reporter les os déplacés dans leur cavité normale, tendance qui se réalise lorsque le décrochement a eu lieu, est, en outre, prouvée par le choc ou craquement que le malade et les chirurgiens entendent presque constamment au moment de la réduction. Effectivement s'il n'y avait pas d'agents pour pousser avec force l'os luxé dans sa cavité normale pour qu'une rencontre brusque et subite des deux surfaces articulaires eût lieu, ce choc ou ce craquement ne se ferait pas entendre.

Ainsi, quand le décrochement de l'os luxé a eu lieu, les muscles tendus entraînent celui-ci dans sa cavité normale.

Cela est très-exact pour les luxations dans lesquelles on ne se sert que de tractions modérées : car lorsque celles-ci sont trop violentes, et, surtout, lorsque l'on emploie des machines, les muscles tendus, perdant toute sorte de réaction, ne ramènent plus les os luxés dans leur cavité normale, et il faut que l'art y supplée. Cela est si vrai que lorsque, pour réduire une luxation, on se sert des poulies,

du moufle, etc., on n'entend plus le bruit particulier, appelé choc, dont je parlais tout à l'heure.

Ces considérations nous mènent à établir que pour réduire une luxation récente, une luxation où il n'y a pas encore de nouveaux liens à déchirer, il ne faut pas se servir d'une force plus considérable que celle des muscles tendus et chargés, pour ainsi dire, de la coaptation ; car, autrement, on se priverait d'un semblable secours, et, en le remplaçant par des moyens artificiels, souvent on s'exposerait, en réduisant une luxation, à n'en changer que l'espèce.

Les tractions trop violentes, et surtout l'emploi des machines, non-seulement empêchent les muscles tendus de se charger de la coaptation, mais rendent, en outre, la coaptation artificielle beaucoup plus difficile que celle qu'on peut faire en déployant une force très-modérée.

Qu'à ces inconvénients on ajoute les accidents que la violence peut produire, savoir la déchirure des muscles, des vaisseaux, des nerfs, les fractures des os déplacés, et même la mort, comme cela arriva à un malade de M. Lisfranc, et comme A. Cooper en rapporte un exemple, et on aura assez de motifs pour repousser des tractions excessives, et particulièrement l'usage des machines pour la réduction des luxations récentes.

Je crois utile de recommander dans ces opérations l'adresse de préférence à la violence, surtout lorsqu'on voit les chirurgiens emprunter à la mécanique les machines les plus puissantes, exercer leur talent pour en trouver de nouvelles, et sceller dans les murs des amphithéâtres des

anneaux en fer pour rendre les tractions plus énergiques et plus puissantes.

Je préfère donc des tractions modérées à des tractions violentes, surtout si on tâche de les rendre plus efficaces par une position convenable du membre. Celle-ci, pour être telle, doit permettre au chirurgien de ne pas tendre davantage les muscles qui sont déjà tendus par le fait du déplacement; mais on ne peut pas déterminer, d'une manière générale et précise en même temps, quelle elle doit être pour chaque espèce de luxation. Cependant, en se rappelant qu'un os qui s'éloigne de sa position normale tend les muscles placés du côté opposé à celui du déplacement, et qu'il relâche ceux qui sont situés du même côté, on saura en quel sens, dans chaque cas particulier, on doit tirer le membre luxé et quelle position on doit lui donner pour ne pas augmenter la tension des muscles qui, étant distendus, fixent sous une éminence osseuse les os luxés.

Tous les muscles qui, dans les luxations du fémur en haut et en dehors, et dans celles en bas et en dehors, sont tendus, deviennent tels par un mouvement de déplacement du fémur en dehors, et par un mouvement de rotation du même os en dedans; il faut, par conséquent, porter la cuisse dans la plus grande adduction possible, et tâcher de la faire tourner en dehors. En outre, comme en pratiquant des tractions sur la cuisse étendue, on s'expose (*Rev. méd.* p. 27) à tendre davantage les muscles distendus, par le fait du déplacement, il faut la fléchir sur le bassin.

Dans la luxation du fémur dans le trou ovale, le petit trochanter s'étant porté en bas, le grand trochanter en dedans, et cela donnant lieu à la tension des muscles psoas,

iliaque et fessiers, il faut fléchir la cuisse sur le bassin et exagérer son abduction.

Dans la luxation du coude en arrière, ce sont les muscles de la région antérieure qui sont tendus; pour ne pas échouer dans ces réductions, il faut fléchir l'avant-bras sur le bras. A. Paré (quatorzième liv. p. 7, 1840) décrit deux procédés où cette flexion est commandée. A. Cooper a adopté un procédé dont la flexion de l'avant-bras sur le bras est la condition principale.

Dans les luxations de la jambe en arrière, les muscles tendus étant les extenseurs, il faut porter ce membre dans la plus grande extension.

Ainsi les membres luxés, pour être réduits (et cela avec des forces modérées), doivent être placés tantôt dans l'extension, tantôt dans la flexion, tantôt dans la flexion et l'adduction, tantôt dans la flexion et l'abduction : multiplicité trop grande de positions pour se prêter à une formule applicable à tous les cas! ceux qui l'ont tentée n'ont peut-être pas réussi.

M. Malgaigne (*Bull. de thérap.* 1838), voulant déterminer d'une manière générale la direction à donner aux tractions, s'exprime de la manière suivante : « Dans les luxations les deux os doivent être considérés comme des fragments disjoints; il faut exercer des tractions suivant une ligne parallèle à la fois à l'axe de l'un et de l'autre. »

Cela est exact pour certains cas, et erroné pour certains autres; et, pour choisir le cas le plus simple où ce précepte ne peut pas recevoir son application, je citerai la luxation du coude en arrière. En effet, si, dans cette luxation, au lieu d'exagérer la demi-flexion de l'avant-bras due au dé-

placement, on étendait ce membre pour faire des tractions parallèles à l'axe de l'humérus et du cubitus, on augmenterait la tension du brachial antérieur, on s'exposerait à le déchirer, on enfoncerait de plus en plus l'éminence coronoïde dans la fosse oléécrânienne, et la réduction deviendrait plus difficile à cause des moyens employés pour la combattre.

MM. Mayor de Lausanne (*Gaz. méd.*, 1840), après avoir constaté que ni les ligaments, ni le tissu cellulaire qui environne les articulations, ni les vaisseaux, ni les nerfs, pris ensemble ou isolément, ne peuvent être la cause des obstacles à la réduction, établit que ce sont les muscles qui les occasionnent. Cet auteur n'ayant pas cherché à savoir quels sont les muscles, dans une luxation donnée, qui sont la cause des entraves que l'on doit surmonter, ni par quel mécanisme ces organes contribuent à leur production, a pensé que tous y contribuent également, et que, ne pouvant pas avec la position du membre les relâcher tous, il faut au moins, pour bien réussir à réduire une luxation, relâcher les fléchisseurs, ceux-ci étant plus nombreux et plus puissants que les extenseurs.

Voici les mêmes paroles de ce chirurgien.

« Mais, dira-t-on, et en dépit de ce que j'ai déjà rappelé au sujet de la différence notable qui existe entre les divers groupes de nos muscles, la plupart de ces puissances motrices ont leurs antagonistes, et vous ne pouvez relâcher les uns qu'en tendant fortement les autres; de sorte que tout ce que vous gagnerez d'un côté, vous le perdrez immédiatement de l'autre, et qu'il y aura, par conséquent, compensation. Je répéterai que celle-ci ne saurait être parfaite, attendu que le nombre et l'importance des muscles en

question sont loin d'être les mêmes; que cette inégalité entre les forces de mobilité, pour ce qui concerne le traitement des luxations et même les fractures, nous impose donc le devoir de détendre au moins les couches musculaires qui sont les plus à craindre, par leur nombre, leur volume et leur vigueur. Or, si l'ensemble des muscles qui agissent sur les articulations des extrémités peuvent, en général, être divisés en extenseurs et fléchisseurs, ceux-ci seront, sans aucune comparaison, les plus nombreux, les plus volumineux et les plus puissants. Il résulte donc qu'il faudra s'occuper à les relacher artificiellement, et que les flexions sont les meilleurs moyens d'arriver à ce but. Par conséquent, on fléchira le bras sur les côtes et l'avant-bras sur le bras; et, pour le membre inférieur, on fléchira la jambe sur la cuisse, et celle-ci sur le bassin.»

Ainsi voici un auteur qui préfère des tractions et des contre-tractions se rencontrant à angle plus ou moins ouvert, et qui, par conséquent, est diamétralement en opposition avec M. Malgaigne, qui veut des tractions parallèles aux deux os déplacés.

M. Mayor veut donc que, pour réduire les luxations du genou, on fléchisse la jambe sur la cuisse! Or l'observation démontre que, dans une luxation de la jambe en arrière, les extenseurs sont excessivement tendus, et que, s'ils ne s'opposent pas à la réduction, c'est que le tibia ne peut pas s'accrocher entre les deux condyles du fémur : mais si l'on prenait à la lettre le précepte de M. Mayor, en fléchissant (si toutefois cela était possible) la jambe sur la cuisse, on tendrait encore davantage les extenseurs mentionnés, et la réduction, de facile qu'elle était, deviendrait alors excessivement difficile.

Par conséquent, la position fléchie des membres luxés ne peut pas être convenable pour toutes les luxations.

Et, au résumé, les muscles tendus ayant une grande tendance à réduire les os luxés (cela étant prouvé par leur situation du côté opposé à celui du déplacement, par les réductions spontanées, et par le choc ou bruit particulier que l'on entend au moment où la réduction vient de s'effectuer), établissons que, pour réduire une luxation, il ne faut pas employer une force trop considérable et capable de neutraliser cette tendance heureuse des muscles; que des tractions modérées sont préférables, surtout si l'on tâche de les rendre plus efficaces par une position convenable du membre luxé; et que cette position, étant très-variée, ne peut être déterminée d'une manière exacte pour chaque luxation qu'autant qu'on connaît quels sont les muscles qui sont tendus et lesquels ne le sont pas.

§ III. On a toujours répété que les difficultés présentées par la réduction des luxations sont en raison directe du temps qui s'est écoulé depuis l'accident. Sans doute, si pour réduire une luxation on attend que des nouveaux ligaments viennent fixer l'os déplacé dans ses nouveaux rapports, on aura immensément plus de difficultés que si cette nouvelle disposition n'existait pas; mais, tant que ces ligaments ne commencent pas à s'établir, la réduction est tout aussi facile qu'elle aurait pu l'être immédiatement après l'accident. En effet, un os, en se déplaçant, entraîne avec lui des muscles qui se trouvent pour cela allongés et tendus, et cette tension reste constante, car l'os luxé est retenu par une éminence osseuse quelconque.

Or, si, dès le môment même où une luxation eut lieu, existe un véritable accrochement, on ne voit pas quels éléments rendraient plus difficile la réduction si, au lieu de la tenter le premier jour, on attendait le quatrième ou le cin-

quième. Les éléments qui, par la suite, peuvent s'ajouter à l'accrochement pour rendre une réduction difficile, ce sont les nouveaux ligaments, la contracture des muscles qui se trouvaient relâchés par l'effet du deplacement et la déformation des surfaces articulaires : mais comme ceux-ci, avant de pouvoir opposer des obstacles sensibles, emploient un temps assez long, on pourra établir, je pense, que, pendant les premiers jours, une luxation ne peut présenter pour la rédution pas plus de difficultés que si celle-ci avait été tentée immédiatement après l'accident.

On a été amené à établir que la réduction d'une luxation tentée le troisième, quatrième jour, était plus difficile à obtenir que si elle avait été tentée immédiatement après l'accident, en se fondant sur ce qu'une grande partie des luxations se réduisent assez facilement immédiatement après leur événement; mais qui peut assurer que ces mêmes luxations auraient présenté des difficultés, si l'on avait tenté de les réduire cinq ou six jours après? On échoue parfois dans la réduction d'une luxation qui ne date que de quelques jours, dans une luxation où il n'existe pas encore de nouveaux liens, mais assez souvent il arrive que cette même luxation avait été réfractaire aux efforts tentés immédiatement ou peu de temps après l'accident. Certains déplacements, comme quelques uns du pouce de l'astragale, etc., quoique tombés dans les mains des maîtres les plus habiles et à l'époque la plus récente, n'ont pas été plus réduits que s'ils avaient daté depuis longtemps.

MÉTHODE DES FRACTIONS

EN HAUT

POUR RÉDUIRE LES LUXATIONS EN AVANT DE L'HUMÉRUS.

C'est à cette méthode que se rattachent les procédés de Wite de Manchester, de Henri Thompson, de Mothe de Lyon et de M. Malgaigne.

De tous ces procédés, celui de ce dernier auteur me paraît le meilleur. En effet, l'élévation du bras dans le procédé de M. Malgaigne étant moins exagérée et mieux déterminée que dans celui des autres auteurs, on a les avantages suivants : 1° on sait précisément comment il faut placer le membre; 2° on ne tend pas le grand pectoral et grand dorsal; 3° on ne s'expose pas à porter la tête de l'humérus sous l'éminence coracoïde, où elle pourrait arcbouter, et par cela seul devenir irréductible.

Plusieurs de ces avantages disparaissent dès que l'on porte l'humérus du blessé trop près de sa tête, surtout lorsqu'on a affaire à une luxation sous-coracoïdienne. La position que M. Malgaigne donne au bras est la suivante : il porte ce membre en dehors et en haut, de manière que l'axe longitudinal de l'humérus, supposé prolongé en arrière, vienne passer à quelques lignes au-dessous de la facette triangulaire qui termine l'épine de l'omoplate ; en outre, il le porte un peu en avant pour ne pas tendre le grand pectoral.

La méthode des tractions en haut est la seule rationnelle pour réduire toutes les luxations de l'humérus en avant : cependant elle peut quelquefois échouer, et cela dépend

[illegible]

[illegible]

[illegible] Il peut [illegible] le grand pectoral [illegible] pour [illegible] que une partie. Mais [illegible] doivent être [illegible]. L'humérus doit empêcher [illegible] de se porter en haut, en arrière et en dehors pour que l'humérus ne se porte pas dans ces mêmes directions et donne lieu à la tension du grand pectoral.

Voici encore une cause d'insuccès. L'humérus, en se déplaçant en avant, exécute un léger mouvement de rotation en dehors : cette rotation est cause que la tête humérale se trouve en dedans et ses tubérosités en dehors sous le rebord glénoïdien, ou, en d'autres termes, la tête humérale est beaucoup plus éloignée de la cavité glénoïde que les tubérosités mentionnées. Il arrive pour cette luxation précisément ce qui a lieu pour la luxation du fémur en dehors et en haut : la tête humérale s'éloigne et les tubérosités s'approchent de la cavité glénoïde, comme la tête fémorale s'éloigne et le grand trochanter s'approche de la cavité cotyloïde. Or voici ce qui a lieu lorsqu'on se borne à exercer des tractions en haut sur le bras ; celui-ci étant mis dans la position indiquée par M. Malgaigne, la grande tubérosité vient à se coller encore plus fortement que précédemment au rebord glénoïdien ; en un mot, l'accroche-

ment devient plus considérable quoique les muscles deltoïde sus et sous-épineux soient moins tendus, et cela exclusivement en vertu des tractions. Mais si une fois le bras relevé et le scapulum maintenu immobile, au lieu de tirer simplement le bras en haut on le tourne légèrement en dedans, la grande tubérosité s'éloigne du rebord glénoïdien, cède sa place à la tête de l'humérus, laquelle, n'étant pas raboteuse comme elle, glisse plus facilement sur l'obstacle, et la réduction a lieu.

Il faut encore éviter un troisième écueil pour bien réussir avec la méthode en question. J'ai dit (prem. mém.) que la longue portion du biceps, laquelle souvent reste intacte après la luxation, est fortement portée en avant, qu'elle est considérablement tendue, et qu'elle pousse énergiquement la tête humérale contre le scapulum. Cette tension augmente encore lorsqu'on exerce les tractions sur le poignet, le bras étant tendu; la position fléchie de l'avant-bras, au contraire, l'annihile, et les difficultés diminuent.

La flexion de l'avant-bras fait tendre le triceps brachial; mais l'élévation du bras n'étant pas exagérée, la longue portion de ce muscle ne bouche pas la cavité glénoïde, et forme en dehors de la tête humérale une espèce de plan incliné où cette tête peut facilement glisser de bas en haut. Ainsi la flexion de l'avant-bras, indispensable pour relâcher la longue portion bicipitale qui pousse avec force la tête humérale contre le scapulum ne crée pas d'autres obstacles pour la réduction.

Voici le procédé qui me paraît devoir remplir toutes les indications. Supposons une luxation en avant de l'humérus du côté gauche.

L'opérateur prend avec sa main droite le bras gauche du malade qui est debout devant lui, soutenu par un aide ; il porte ce membre dans la position indiquée par M. Malgaigne, il fléchit l'avant-bras correspondant, il met sa main gauche presque fermée dans l'aisselle, sur la tête humérale, et il tire pendant quelques secondes le bras luxé en dehors et en haut en même temps qu'un autre aide maintient avec ses deux mains le scapulum immobile. Cela étant fait, le chirurgien porte par degrés le bras luxé en avant et en bas en le tournant en dedans. La main gauche ne doit pousser la tête humérale avec une certaine force qu'au moment de la rotation du bras en dedans. Cette manœuvre, aussi simple que peu douloureuse, peut être répétée sans aucun inconvénient, tant que la réduction n'a pas eu lieu, laquelle, si on a le soin d'éviter les écueils dont j'ai parlé, ne peut pas se faire attendre.

POSITION FLÉCHIE

POUR

LA RÉDUCTION DES LUXATIONS EN ARRIÈRE DU POUCE.

M. Pailloux, qui croit que l'obstacle principal à surmonter dans la réduction de ces déplacements est dû au ligament antérieur qui (selon lui), est entraîné en totalité par la phalange sur la face dorsale du premier métacarpien, et qui dans les efforts de réduction, vient se placer entre leurs deux surfaces articulaires comme un corps qui aurait été surpris par deux cylindres en mouvement, M. Pailloux, dis-je, veut que l'on tente la réduction en poussant le pouce fortement en arrière, de manière que le ligament mentionné se présente le premier au devant de l'articulation et qu'on ne fléchisse le pouce qu'en dernier lieu.

M. Vidal de Cassis, à qui appartient la méthode précédente, car ses publications sur ce sujet datent de 1828, et celles de M. Pailloux de 1829, a adopté un procédé (*Traité de path. exter.*) qui mérite l'attention du praticien.

« Je passe, dit-il, le pouce dans l'anneau d'une clef dont la ligne est appliquée sur la face palmaire du pouce; j'agis d'abord dans le sens de l'extension, de manière à exagérer le déplacement, puis je relève brusquement l'extrémité supérieure de la phalange qui se replace. En posant la clef comme je l'ai dit, la tige presse sur l'extrémité inférieure et antérieure de la phalange, et l'anneau agit sur l'extrémité supérieure et dorsale, et la transporte sur le métacarpien. Alors on ramène brusquement l'extrémité du pouce en avant dans le sens de la flexion, et la réduction est opérée. »

Cette méthode est sans contredit préférable à celle qui est fondée sur les tractions parallèles aux deux os déplacés, mais elle ne me paraît pas remplir toutes les indications exigées par les obstacles qui se présentent dans ces luxations.

B. Bell (p. 145, t. VI, Paris, 1796) s'exprime ainsi : « Il faut, en réduisant ces luxations, ne tirer en bas (en supposant le bras parallèle au tronc, et l'individu debout) qu'après l'avoir un peu élevé ou séparé de l'os contigu, car tous les os des doigts et du pouce ainsi que ceux du métacarpe, étant beaucoup plus épais à leurs extrémités qu'à tout autre endroit, ces parties saillantes *sont sujettes à être forcées l'une contre l'autre*, quand on fait l'extension dans une ligne entièrement droite. La plus grande force a souvent été inutile étant employée de cette manière; *l'on a même amputé*

les doigts dans des cas où cette seule cause s'opposait à la réduction, et où l'on aurait pu réussir avec très-peu de force, si l'on avait un peu séparé l'os luxé de l'autre, avant d'employer aucune force pour en faire l'extension. »

B. Bell croyait donc dans ces cas à un véritable accrochement des os; les dispositions qui le produisent sont ici, comme ailleurs, les éminences osseuses et les muscles tendus: peut être que les ligaments latéraux s'ajoutent aux muscles pour produire un pareil résultat.

Les muscles qui sont tendus sont, comme nous l'avons vu, les extenseurs.

En outre, l'extrémité inférieure du métacarpien passe entre les deux portions du court fléchisseur, qui l'étranglent.

Ainsi dans ces déplacements existent deux espèces d'obstacles, savoir : l'accrochement et l'étranglement du métacarpien, produit par les deux portions du fléchisseur mentionné.

Voyons maintenant si la méthode de M. Vidal de Cassis agit de manière à éluder tous les obstacles en question.

Dans cette méthode on commence par pousser le pouce en arrière : cette manœuvre relâche, il est vrai, les muscles extenseurs, mais elle fait arcbouter les deux têtes articulaires avec plus de force que ne le faisait la tension même de ces muscles : en outre, en agissant ainsi, on tend fortement les fléchisseurs, et surtout le court, qui non-seulement étrangle fortement le métacarpien et le tient immobile, mais avec son insertion inférieure devenue tendue, empêche à la phalange de remonter au niveau de l'articulation. Sous ce rapport, la méthode en question est inférieure

à celle des tractions parallèles, et elle ne devient efficace que lorsqu'on produit la flexion du pouce.

Je ne pense pas que le ligament antérieur, entraîné sur la surface dorsale du métacarpien, puisse arrêter la phalange, lors même qu'il serait pincé entre les deux surfaces articulaires, et que cela puisse autoriser le mouvement du pouce en arrière, quand on voit que cela produit un resserrement si considérable des deux portions du court fléchisseur.

La position fléchie du pouce tend, il est vrai, davantage les extenseurs, mais comme pendant l'extension les deux têtes articulaires s'éloignent, l'accrochement cesse d'exister, quoique les muscles qui contribuaient à le produire deviennent encore plus tendus. En outre cette position est la seule qui puisse relâcher le court fléchisseur et écarter l'une de l'autre ses deux portions qui forment autour de l'extrémité inférieure du premier métacarpien une espèce de boutonnière qui l'étrangle.

Ainsi la position fléchie faisant cesser l'accrochement et ouvrant, pour ainsi dire, la boutonnière du court fléchisseur, remplit toutes les indications, et il faut la choisir pour réduire les luxations en question.

Voici le procédé qui me paraît le plus rationnel. Supposons une luxation en arrière du pouce droit. Un aide soutient l'avant-bras correspondant du malade qui peut être debout ou assis devant l'opérateur : celui-ci lui prend avec sa main droite la main blessée, de façon que son pouce soit appuyé sur la partie moyenne de la face dorsale du premier métacarpien, et les quatre autres doigts sur le bord cubital de la main mentionnée. Alors il la serre fortement

de manière à pousser le premier métacarpien vers l'éminence hypoténar ; il prend avec la main gauche le pouce luxé et le porte en tirant sur lui dans la flexion exagérée. Cela fait, le chirurgien laisse brusquement glisser les quatre doigts placés sur le bord cubital de la main blessée, les porte subitement sur la face palmaire du premier métacarpien, pour l'éloigner de l'éminence hypotenar, et la réduction a lieu.

Ainsi on commence par pousser le premier métacarpien en dedans ou vers la paume de la main pour éloigner l'une de l'autre les têtes articulaires déplacées ; on fléchit le pouce, en même temps que l'on exerce des tractions, pour achever le décrochement, pour relâcher le court fléchisseur, pour faire écarter ses deux portions et pour porter les deux surfaces articulaires sur le même niveau, et on finit par pousser le premier métacarpien dans un sens inverse au précédent pour le faire rentrer dans sa position normale.

On peut, si l'on veut, se servir d'une clef pour pratiquer la flexion et les tractions ; mais il faut alors la placer autrement que ne le fait M. Vidal. Il faut que la tige de celle-ci corresponde à la partie inférieure de la surface dorsale de la phalange luxée, et l'anneau vers sa partie supérieure et palmaire. En agissant alors comme si l'on voulait la faire tourner vers la paume de la main, on écarte de la manière la plus complète les deux os déplacés, et la réduction peut être obtenue plus facilement.

COUP D'ŒIL

SUR LES CAUSTIQUES EMPLOYÉS DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES DU COL DE L'UTERUS,

ET EN PARTICULIER

SUR LE CAUSTIQUE DE VIENNE SOLIDIFIÉ ;

Par M. le docteur FILHOS.

Depuis que M. Récamier a doté la médecine du *speculum uteri*, d'utiles lumières ont été apportées dans la connaissance des maladies de la matrice. La thérapeutique des affections du col de cet organe a surtout gagné à l'invention de ce précieux instrument qui a permis, pour la première fois, au chirurgien de porter sur le mal lui-même les moyens propres à le combattre. Je ne veux m'occuper, dans ce court opuscule, que de l'étude des caustiques qu'on peut employer contre les affections du col de l'utérus. Je donnerai toutefois, avant de commencer, un aperçu général très-succinct sur les divers agents de la cautérisation.

L'usage des caustiques remonte probablement aux premiers temps de l'exercice de la médecine. Imitateurs des procédés qu'emploie souvent la nature pour rejeter du corps quelque humeur nuisible, les médecins dûrent d'abord s'en servir pour établir des fontanelles ou exutoires. Peu à peu la thérapeutique les a appelés à remplir de nouvelles et nombreuses indications.

Tous les corps qui pouvaient s'enflammer ou se charger de calorique servaient aux anciens comme cautères. Ils

préféraient l'or comme le plus pur de tous les métaux; venaient ensuite l'argent, le fer, le cuivre. Archigène cautérisait la fistule lacrymale avec du plomb fondu jeté dans une canule. Hippocrate nous apprend que parfois les cautères étaient formés de fuseaux de buis trempés dans de l'huile bouillante, ou de champignons secs et allumés, ou de racines d'aristoloche trempées dans de l'huile bouillante, puis enflammées. On se servait encore de soufre fondu, d'huile bouillante, de beurre bouillant. Plus tard, on employa le vert de gris, le sulfate de cuivre, la chaux, l'arsenic, le sublimé corrosif, les acides concentrés; mais la puissance de l'arsenic fut considérée comme supérieure à celle des autres. Malheureusement son emploi donna lieu trop souvent à des accidents graves. Voici ce qu'en dit Valescus de Tarensa.

« Si tu veux mortifier et corroder le cancer avec des » corrosifs, faits-le avec l'arsenic; il n'a pas d'égal en pa- » reil cas.....

» Mais c'est avec terreur que je mets dans les onguents » de l'arsenic, de l'orpiment, du vitriol et les espèces d'el- » lébore à cause des mauvais effets que j'ai vus survenir à » ceux qui s'en servaient. Un soldat fit avec de ces dro- » gues un onguent pour son neveu qui avait la teigne, » et le lui appliqua une nuit sur la tête rasée. Le matin, » on le trouva mort dans son lit.

» Donc, prends garde d'encourir l'infamie avec de telles » choses, et sers-toi de remèdes plus légers. »

Pour rendre plus commode et moins dangereux l'emploi des substances caustiques dont je viens de parler, quelques chirurgiens leur firent subir des mélanges et des préparations particulières. De là les cautères de velours d'Ambroise

Paré, ceux de Desneux, de Jacques de Villeneuve, etc. Mais tous ces divers composés ont été justement abandonnés.

Aux caustiques qui précèdent on a ajouté plus tard les chlorures d'or, de zinc et d'antimoine, la pâte de Rousselot, la pierre infernale, la potasse caustique, et bien d'autres, mais quelque longue que soit la liste de tous ces agents de la cautérisation, le nombre de ceux dont on se sert aujourd'hui est très restreint. Je ne dois m'occuper ici que de ceux qui sont les plus usités dans le traitement des affections du col de l'utérus.

Règle générale, le meilleur caustique est celui qui réduit en escharre, le plus promptement possible, toute l'étendue du point altéré. L'oubli de cette règle ou l'impossibilité de la suivre amène nécessairement une aggravation dans la partie malade. Le remède, dans ce cas, vient en aide au mal lui-même. S'il est fâcheux de pousser trop loin l'action des caustiques, il existe peut être de plus graves inconvénients à faire des cautérisations trop souvent répétées. Ces remarques avaient déjà été faites depuis longtemps par M. Amussat; et depuis deux ans nous avons eu l'occasion de les renouveler ensemble. Plusieurs fois nous avons soigné des malades qui avaient été cautérisés vingt, soixante, quatre-vingts fois et plus, sans aucun succès; je pourrais même dire avec perte pour quelques-unes, car elles étaient atteintes d'affections cancéreuses devenues incurables.

Deux choses deviennent donc nécessaires pour le chirurgien avant d'entreprendre la cautérisation, à savoir : de bien connaître la force du caustique qu'il emploie; ensuite de bien préciser les limites du mal afin de l'atteindre en entier le plus vite possible, et ne pas aller au-delà.

aujourd'hui, à moins d'exceptions bien rares, en rejeter l'usage.

Le nitrate d'argent a souvent été employé. Commode dans son application, exempt de l'inconvénient de couler comme les caustiques liquides, il peut être utilisé avec grand avantage toutes les fois que la dureté ou la profondeur du mal qu'on veut détruire ne dépasse pas la sphère de son activité. On ne s'en sert généralement que pour réprimer quelques végétations muqueuses, pour modifier la surface des ulcères ou faire des cautérisations superficielles. On le porte sur la partie malade au moyen de pince ou d'un porte-crayon.

Le nitrate d'argent est le caustique préféré par M. Duméril. Pour en rendre plus facile et plus sûre la conservation et l'emploi, le savant professeur lui a fait subir un utile perfectionnement. « Il consiste à faire fondre sur le » feu de très-bonne cire à cacheter, dite des graveurs, qui » contient beaucoup de laque. J'y fais tremper, au moyen » d'une pince à anneaux les cylindres ou tablettes dont je » puis faire varier beaucoup la dimension. La matière s'y » applique parfaitement ; elle les recouvre complètement ; » elle y adhère de toute part et très fortement, comme un » vernis inaltérable à l'air et dont la surface est très- » lisse.

» Cette pierre infernale peut être touchée impunément. » Elle ne tache pas les doigts ; elle a pris une très-grande » solidité par son enveloppe ; elle résiste à la pression du » porte-pierre qu'elle n'attaque plus. On peut la découvrir, » et au besoin seulement à l'aide d'un grattoir ou d'une lame » de couteau, dans un espace limité à volonté, ou dans un » seul point seulement, afin de pouvoir la mettre ainsi et

» sans inconvénient en contact avec les aphtes, les fissures, » les pustules et les surfaces ulcérées que l'on a l'intention » de cautériser ou dont on désire modifier la nature, en » ménageant les parties voisines qui se trouvent ainsi pré- » servées au moyen de la couche mince de laque qui re- » couvre les autres parties du caustique.

» Le grand avantage que je reconnais surtout à cette » sorte de préparation, c'est que je puis fixer solidement » ce nitrate et le porter sans danger à une assez grande » distance dans la gorge et dans les autres cavités. J'em- » ploie pour cela une ente en bois des peintres ou manche » de pinceau grêle et solide. Je fixe à l'une des extrémités » un bourrelet de cire à cacheter bien chaude, et, sur » cette cire ramollie, je fais enchatonner obliquement ou » en travers, soit une des plaques, soit un cylindre de ni- » trate, et quand le tout est refroidi, je mets à découvert, » en la grattant, la portion de surface du caustique que je » juge nécessaire de mettre à nu, et par ce procédé je ne » crains pas que l'humidité fasse détacher la pierre de son » chaton ; car elle ne se mouille et elle n'agit absolument » que sur les points où j'ai cru nécessaire d'opérer la cau- » térisation.

Justement frappés du mauvais effet des cautérisations trop souvent répétées, et éclairés sur ce point par une clientelle très-étendue, et M. Amussat chercha comme Dupuytren dans la potasse un caustique plus actif. Pour en rendre l'emploi commode et facile, ils en fit faire des cylindres de différentes grosseurs et de cinq à six centimètres de longueur, qu'ils portait sur le col de la matrice au moyen d'un porte-crayon ou fixés à l'extrémité d'un tube de verre. La potasse ainsi appliquée sur le point malade

réduisait en escharre assez promptement tous les tissus altérés pour qu'on n'eût besoin que d'un très petit nombre de cautérisations pour obtenir des guérisons parfaites.

Les avantages de la potasse étaient donc incontestables, et ce caustique eût parfaitement rempli le but désiré, si son application n'eût été constamment accompagnée d'une circonstance assez grave pour en faire redouter l'usage. Je veux parler de la prompte liquéfaction de cet alcali, qui pouvait ainsi fuser derrière le speculum et produire sur la face postérieure du vagin des escharres, même assez profondes pour perforer ce conduit.

La crainte de pareils accidents dut nécessairement faire rechercher les moyens de les éviter. Les injections répétées ne suffisant pas toujours, M. Amussat eut l'idée de garnir d'une petite éponge fine l'extrémité antérieure de la valve inférieure du spéculum, qu'il passait ensuite assez fortement derrière le col de la matrice pour retenir ainsi la potasse fondue. Tantôt il se contentait d'introduire jusque sur la partie qu'il venait de cautériser une poudre absorbante comme la fécule de riz, ou bien un petit bout de bande qu'il y laissait à demeure pendant plusieurs heures. Malgré toutes ces précautions, ce n'était encore qu'avec la plus grande peine qu'il parvenait à empêcher la potasse de couler sur la partie saine.

Dans cet état de choses, M. Amussat m'engagea à chercher aussi les moyens de parer aux inconvénients attachés à la liquéfaction de la potasse. J'eus alors l'idée de mêler ce caustique avec différents corps, dans le but d'en rencontrer quelqu'un qui le retiendrait assez fortement pour l'empêcher de couler. J'allai, dans cette intention, trouver M. Gallot, pharmacien à Paris, pour le prier de m'aider

dans ces recherches. Je lui proposai de mêler successivement la potasse avec la chaux et la soude, et de tâcher, au moyen de la chaleur, d'en obtenir des cylindres de cinq ou six centimètres de longueur. Après quelques objections sur la possibilité du succès, nous convînmes de faire des essais.

Nous commençâmes par le mélange qui devait offrir le plus de difficulté, celui que généralement on regardait comme impossible. Nous mîmes dans une petite casserole en argent 2 parties de potasse et 1 partie de chaux caustique que nous plaçâmes ensuite sur un réchaud allumé. A un certain degré de chaleur, les deux corps se mêlèrent assez intimement pour former une masse à demi liquide que nous coulâmes, ou plutôt que nous pressâmes dans des tubes de verre qui cassèrent en partie. Cette première opération ne nous fournit que des portions de cylindre. Nous cherchâmes aussi à unir la potasse à la soude et la soude à la chaux, mais nous n'obtînmes pas de meilleurs résultats. M. Gallot me proposa alors de mêler le nitrate de potasse à la potasse, espérant par ce mélange rendre plus facile la formation du cylindre. L'expérience fut faite et elle réussit très-bien.

J'emportai ensuite chez moi les produits que nous venions d'obtenir, afin de les expérimenter et d'étudier leur valeur relative.

Je plaçai dans une assiette, au contact de l'air, une lentille de potasse, une autre de potasse et de nitre, une autre de potasse et de chaux, une autre de soude et de chaux.

La première lentille, composée de potasse, ne tarda pas à se fondre complètement, sans résidu. La seconde fondit

aussi et se changea en eau et en un dépôt de nitre. La troisième, après vingt-quatre heures, conservait encore sa même forme ; la place qu'elle occupait n'était pas même humide ; elle avait cependant perdu sa consistance, car elle n'avait plus que celle de la bouillie ou de la chaux éteinte et légèrement ramollie. La quatrième lentille, enfin, présentait le même caractère que la précédente, à cette différence près qu'elle avait laissé échapper une goutte d'eau.

J'appliquai ensuite ces différents composés caustiques sur le dos et la cuisse d'un lapin. Avec celui de potasse et de chaux, j'eus à peine besoin d'une minute pour produire une escharre et établir ainsi un cautère. Il suffisait de prolonger l'application du cylindre pour obtenir des escharres plus profondes et plus larges. Si au lieu de laisser le caustique immobile, je le remuais constamment, je parvenais à dissoudre l'escharre à mesure qu'elle se formait, et à faire ainsi des trous plus ou moins profonds. Les deux autres composés caustiques, employés à leur tour, ne différèrent du précédent que par un moindre degré de force. En outre, celui qui contenait le nitre se liquéfia plus facilement, et celui qui était formé d'un mélange de soude et de chaux n'eut pas la propriété de dissoudre l'escharre qu'il avait faite.

Appliquée sur la peau d'un cadavre, la potasse caustique fondit assez promptement et sans l'altérer ; le cylindre de potasse et de chaux la détruisit au contraire très-profondément.

Ces différentes recherches comparatives, que je communiquai à M. Amussat, me conduisirent à ce résultat, que le cylindre de potasse et de chaux était le plus actif

des caustiques que je venais d'étudier, et qu'au lieu de conserver comme celui qui contenait le nitre une partie de la déliquescence de la potasse, soit au contact de l'air, soit au contact des tissus vivants, il formait, au contraire, une espèce de pâte qui en rendait l'usage beaucoup plus sûr.

L'étude théorique des propriétés de la chaux et du nitrate de potasse eût pu, *a priori*, me conduire au problème de pratique que je venais de résoudre. La chaux, en effet étant une substance caustique, unie avec la potasse, devait nécessairement produire un mélange plus actif que l'union de ce dernier corps avec le sel de nitre, qui ne possède aucune vertu caustique. Mais nous trouvons surtout l'explication des différences observées sur les deux cylindres dans la différence même de capacité de ces deux corps pour l'eau.

Le nitrate de potasse est inaltérable à l'air; il n'en attire pas l'humidité, et il lui suffit de 4 à 5 parties d'eau fluide pour se fondre, et d'1 1|2 d'eau bouillante.

La chaux, au contraire, exposée au contact de l'air, en attire l'humidité, et l'acide carbonique se réduit en poudre et passe à l'état de sous-carbonate ; elle a, en outre, besoin de 400 parties d'eau pour se fondre.

Il résulte de ces différences dans les propriétés du nitre et de la chaux que, dans l'emploi du cylindre de potasse et de chaux, cette dernière substance, par sa grande force d'absorption et sa grande capacité pour l'eau, retient entre ses molécules, avec les fluides organiques, la potasse même qui se liquéfie, empêche sa diffusion, et concentre ainsi toute son action dans le point où le cylindre a été appliqué.

La théorie et l'expérience venaient donc à l'appui de la supériorité du mélange de potasse et de chaux sur celui de potasse et de nitrate de potasse ; il ne restait plus qu'à trouver le moyen d'en obtenir des cylindres entiers. Je retournai, à cet effet, chez M. Gallot, qui, de son côté, s'était occupé de faire faire un moule exprès. Nous mîmes de nouveau 2 parties de potasse et 1 partie de chaux dans une grande cuiller en fer, que nous plaçâmes ensuite sur un feu très-vif. La fusion de la potasse ne tarda pas à avoir lieu ; celle de la chaux fut un peu plus tardive. Après avoir obtenu ces deux substances à l'état liquide, et les avoir ainsi combinées, nous parvînmes même à porter la chaleur jusqu'à en produire l'ébullition. Nous coulâmes ensuite le mélange dans une lingotière que nous avions eu la précaution de chauffer pour faciliter notre expérience, et nous réussîmes ainsi très-bien à faire des cylindres tels que nous les désirions.

Ces cylindres caustiques eurent pour caractère d'être excessivement durs, d'absorber promptement l'humidité de l'air, et de se recouvrir ainsi d'un hydrate de chaux mêlé de potasse. Pour les préserver de toute altération, et les conserver longtemps, je les fais recouvrir d'une lamelle de plomb, ou mieux, suivant l'exemple de M. Duméril, à l'égard des cylindres de nitrate d'argent, d'une couche mince de cire à cacheter, et je les place ensuite dans des tubes de verre bien bouchés.

En parvenant à solidifier et à réduire en cylindres le mélange de potasse et de chaux, connu généralement sous le nom de caustique de Vienne, j'ai ainsi trouvé le caustique le plus commode, le plus actif et le plus sûr qui pût être employé dans le traitement des maladies du col de l'u-

térus ; celui qui, dans le plus grand nombre de cas, je pourrais même dire toujours, peut avantageusement remplacer tous les autres. Ses effets caustiques se trouvant tout-à-fait subordonnés à la durée de son application, le chirurgien peut les graduer à volonté et obtenir ainsi tous les degrés de cautérisation dont il a besoin, depuis le plus faible jusqu'au plus fort. Le cylindre caustique suffira donc, soit qu'il faille réduire en escharre les bords ou toute la surface d'un ulcère de mauvaise nature, et même détruire plus ou moins complètement le col de l'utérus atteint de quelque dégénérescence. Son action sera d'autant plus prompte que les tissus sur lesquels il agira seront plus mous, plus spongieux. Quant aux escharres, elles seront, suivant la volonté du chirurgien, plus ou moins larges, plus ou moins épaisses ; elles s'agrandissent toujours un peu après la cessation de l'emploi du cylindre, par l'action d'un peu de caustique dont elles sont imbibées ; elles pourraient encore cautériser légèrement les parties contiguës, si on n'avait la précaution de les tenir séparées au moyen d'un petit linge.

Les avantages reconnus du cylindre caustique ne doivent pas dispenser les chirurgiens de prendre, pour son emploi, les précautions les plus minutieuses ; la prudence commande d'ailleurs de le faire. Voici, du reste, la manière de s'en servir : je place la malade sur le bord d'un lit élevé, les jambes appuyées sur des chaises et le dos assez relevé pour que le vagin soit dans une direction oblique de haut en bas et d'arrière en avant. Cette position permet aux liquides, qui pourraient s'écouler du col de l'utérus, de se porter directement dans le speculum, au lieu de fuser entre cet instrument et le conduit vaginal. Si le jour

n'éclaire pas bien le chirurgien, il se sert de bougies allumées. Le speculum plein ou à trois valves est celui que je préfère pour cette opération. Après l'avoir huilé et introduit avec douceur, il faut s'attacher à bien découvrir le col de l'utérus. L'on éponge ensuite avec le plus grand soin la partie affectée; après quoi l'on introduit un petit bourdonnet de charpie ou de coton, retenu par un long fil, au-devant de l'extrémité antérieure de la valve inférieure du speculum, immédiatement au-dessous du col de la matrice; ce bourdonnet est là pour garantir les parties du vagin placées au-dessous du point qui doit être cautérisé. L'on peut, avec un peu d'habitude, dans les cas ordinaires, se dispenser de l'emploi de ce dernier moyen, qui prolonge un peu l'opération. M. Amussat n'en fait presque jamais usage. J'ai cru prudent de m'en servir, pour détruire un fongus saignant du col de l'utérus. Le chirurgien applique ensuite le cylindre, soit avec le porte-caustique dont j'ai confié la construction à l'habileté connue de M. Charrière, soit fixé à l'extrémité du tube de verre qui le renferme. La cautérisation achevée, il s'empresse d'essuyer l'escharre avec des boulettes de charpie, saisies avec la pince placée à l'une des extrémités du porte-caustique. Puis il retire promptement, s'il en a fait usage, le bourdonnet de charpie, au moyen du fil qui le retient, et il fait deux injections d'eau froide, et mieux d'eau légèrement vinaigrée, qu'il a bien soin de faire parvenir jusques sur le col de l'utérus. L'eau acidulée possède ici l'avantage de neutraliser le peu de caustique qui aurait pu rester adhérent à l'escharre. Après l'injection, il faut placer dans le vagin, ainsi que le pratique toujours M. Amussat, un petit morceau de bande dont l'extrémité inférieure sorte un peu entre les grandes lèvres,

pour pouvoir la retirer facilement. La malade rentre ensuite dans son lit.

Le cylindre caustique destiné à l'opération ne doit être que peu découvert à l'une de ses extrémités. Si déjà il avait servi, et que la portion mise à nu se fût recouverte d'une légère croûte de sous-carbonate de chaux, il serait nécessaire de l'enlever avec un grattoir. L'on peut, au besoin, rendre plus active l'action du caustique, en le trempant légèrement dans une liqueur spiritueuse, telle que l'alcool, l'eau-de-vie, l'eau de Cologne. Après la cautérisation, l'on essuiera avec soin le cylindre avant de le replacer dans le tube de verre.

Pour compléter ce petit travail, je pourrais placer ici un grand nombre d'observations, mais je me bornerai aux suivantes que j'ai choisies dans la nombreuse collection de celles que possède M. Amussat et que j'ai faites avec lui.

Première observation. — *Végétations sur le col de l'utérus.* — Madame N..., âgée de vingt et un ans, d'une constitution lymphatique, est affectée de végétations placées sur le col de l'utérus. Dans sa première enfance, cette dame, d'une complexion faible et délicate, éprouva une légère déviation de la colonne vertébrale, que des soins éclairés combattirent avec succès. L'époque menstruelle, arrivée à onze ans et demi, fut très-favorable à sa santé. L'appétit, jusque-là capricieux, devint meilleur, les digestions furent plus faciles, les lèvres et les joues prirent une légère teinte rosée; toute son organisation prit de la force et de la vie. Mariée à dix-huit, elle n'a pas eu d'enfants.

Dans les derniers mois de 1838, et au commencement de l'année suivante, les règles, qui avaient toujours été ré-

gulières, quoique peu abondantes, diminuèrent peu à peu, et finirent même par se suspendre. Deux fois elles cessèrent ainsi, et deux fois, après un intervalle de deux ou trois mois, elles reparurent, et toujours avec quelques petits caillots de sang. Madame N... qui, jusque-là, n'avait eu que peu de fleurs blanches, se trouva bientôt incommodée par un écoulement vaginal assez abondant. Le ventre prit peu à peu de la dureté et du développement. Il était devenu sensible et douloureux, principalement dans les régions hypogastrique et lombaire. Les forces s'étaient altérées; il n'y avait plus d'appétit, et l'estomac très-capricieux rejetait souvent les aliments qu'il venait de recevoir. De temps en temps, il survenait dans le bas-ventre des coliques assez vives pour déterminer des défaillances. Madame N... avait toujours refusé de se soumettre à l'examen de la matrice; mais, vaincue par les progrès de son mal, elle y consentit enfin. L'utérus avait son volume ordinaire; il paraissait à l'état normal. Le col était engorgé, un peu rouge, violacé, d'une dureté médiocre; son extrémité libre était entourée d'un anneau de végétations assez dures, de grosseur et de formes différentes. Le vagin n'était le siége d'aucune inflammation.

Après s'être assuré que les végétations du col de l'utérus ne tenaient pas à une maladie syphilitique, M. Amussat proposa de les enlever avec le caustique. Il se servit d'un cylindre de potasse. Six cautérisations furent pratiquées à divers intervalles; un moins grand nombre eût probablement suffi sans la grande tendance de ces végétations à se reproduire. Une fois la potasse coula sur la face postérieure du vagin, et y produisit une petite escharre. Un traitement général approprié à l'état de la malade fut prescrit et exac-

tement suivi. Depuis deux ans que Mme N. est guérie, elle n'a plus éprouvé de douleur, et elle n'a jamais eu une aussi bonne santé.

OBS. II. — *Excroissance fongueuse sur le col de l'utérus.* — Mme N., âgée de 34 ans, mulâtre, habitante du Sénégal, est venue à Paris en juin 1840, pour se faire soigner d'une maladie de matrice. Réglée à seize ans, cette dame avait toujours eu une constitution faible et lymphatique; elle avait été incommodée de bonne heure par des fleurs blanches. Mariée en 1830, elle eut deux enfants. Après sa première couche elle fut affectée de temps en temps d'écoulements plus ou moins abondants, de couleur tantôt jaune, tantôt verdâtre, qu'elle négligea de soigner. En 1834, des matrones connue sous le nom de fadhkat trouvèrent à l'entrée de la vulve des excroissances qu'elles excisèrent. Puis elles prescrivirent, pour combattre l'écoulement vaginal, des lotions avec de l'eau blanche. Ces lotions furent continuées pendant cinq à six ans.

Profondément attristée de sa position, au point d'en avoir la raison un peu altérée, Mme N. consulta en 1837 M. le docteur Calvet. Ce médecin lui ordonna des bains, des lotions un régime fortifiant et des pilules ferrugineuses. Mais la malade n'ayant éprouvé aucun bien de ce nouveau traitement, se décida à venir à Paris.

26 juin 1840 : écoulement jaune et abondant, démangeaison aux parties génitales, envies fréquentes d'uriner, constipation, tiraillement et tension dans les aines; douleurs dans le bas-ventre. Les parties génitales externes ne présentent pas de traces de maladie. Le col de la matrice est

engorgé et beaucoup plus volumineux que dans l'état normal. Le museau de tanche est très-rétréci. Tout son pourtour présente une excroissance fongueuse, ulcérée et de consistance très-faible. La malade se fatigue à la moindre promenade. Elle est d'une très-grande faiblesse et si impressionnable au froid qu'au mois de juillet et d'août, par une très-grande chaleur, elle reste toujours couverte de gros manteaux de laine. Elle éprouve de temps en temps des défaillances. Enfin on observe chez cette dame tous les symptômes de la gastro-entérite chronique.

Après avoir d'abord amélioré l'état général de la malade par un traitement varié et convenable, M. Amussat se décida à détruire l'excroissance du col de l'utérus. Il se servit d'un cylindre de potasse caustique. Huit cautérisations furent faites à des intervalles différents. Deux fois la potasse coula un peu sur le vagin, et y produisit une légère escharre.

Au mois d'octobre la guérison fut complète. Mme N., se sentant tout à fait rétablie, voulut retourner dans son pays où elle a dû continuer le traitement anti-syphilitique qu'elle avait commencé.

OBS. III. — *Ulcération du col de l'utérus.* — Mme B., âgée de 33 ans, a été réglée à 17 ans, mariée à 22 ans, elle a eu cinq enfants. Sa dernière grossesse date de 1838. Cette malade a eu pendant son enfance la rougeole, la scarlatine, et deux fois la petite vérole; elle n'avait pas été vaccinée. Elle fut atteinte de la gale à huit ans; elle était de plus assez sujette à des épistaxis et à des érysipèles fréquents. Depuis l'âge de dix-sept ans, à part le retour des érysipèles, et quelques battements du cœur, sa santé s'était maintenue assez bonne.

Mme B. n'a jamais eu de maladie sérieuse. Elle a toujours été incommodée par des fleurs blanches assez abondantes. Depuis sa dernière couche elle souffre de la matrice. La maladie a débuté par de légères douleurs et des lassitudes dans les reins, autour du bassin et dans la vessie. Plus tard survinrent des tiraillements d'estomac et quelquefois des défaillances. La malade consulta un médecin, mais les conseils qu'elle en reçut restèrent sans effet. Ses forces continuaient à s'affaiblir; elle éprouva de la lourdeur dans la région de la matrice et parfois de la douleur. L'écoulement vaginal était plus abondant et les règles venaient plus difficilement.

La matrice avait son volume ordinaire. Le col de cet organe était engorgé et douloureux au toucher. La lèvre antérieure surtout avait une grande dureté; elle était de plus le siége d'une large ulcération dont la surface était grenue et grisâtre, et les bords durs et calleux. La lèvre postérieure était légèrement excoriée. On observait une inflammation chronique de la partie supérieure du vagin.— Tisane d'orge. Cataplasmes de farine de riz dans le vagin. Injection d'eau de guimauve presque froide. Bains entiers; bains de siége. Régime.

15 juillet 1841. L'inflammation était dissipée, ainsi que la douleur. L'ulcération au contraire persistant toujours et tendant même à s'agrandir, M. Amussat la cautérisa avec le cylindre caustique de potasse et de chaux. Quatre cautérisations faites à des intervalles éloignés suffirent pour obtenir une guérison parfaite. La malade jouit encore aujourd'hui d'une très-bonne santé.

Obs. IV. — *Squirrhe du col de l'utérus.* — Madame H.,

d'une constitution forte et sanguine, est âgée de 45 ans. Elle a été réglée à dix-huit ans et demi. Pendant longtemps elle est restée sujette à des esquinancies et à des douleurs rhumatismales qui s'étaient développées à la suite de l'immersion des pieds dans l'eau froide pendant l'époque menstruelle. Cette dame a eu quatre enfants et une fausse-couche. Sa dernière grossesse a été assez pénible; les accouchements ont été faciles et les suites de couches heureuses. La fausse couche fut causée par une frayeur en juillet 1830. Depuis son mariage, elle a été incommodée par des fleurs blanches tantôt vertes, tantôt jaunes, parfois très abondantes qui la fatiguaient beaucoup et l'inquiétaient au point de lui faire croire qu'elle avait un ulcère à la matrice.

En 1836, elle eut une métrite dont la cause ne fut pas connue. Cette inflammation fut combattue par un traitement antiphlogistique. Durant la convalescence qui fut un peu longue, il se développa une douleur vers la fosse iliaque du côté droit. Cette douleur paraissait avoir son point de départ dans l'utérus; elle était vive, brûlante; la malade la comparait à la sensation que produirait une potée d'eau bouillante jetée sur la région souffrante. Trois mois après l'apparition de la métrite, madame H. fut atteinte d'une hémorrhagie dont la durée fut de sept semaines; deux ans plus tard elle en eut une seconde, qui persista pendant trois mois. Depuis quelque temps les règles se montraient très-irrégulières.

Aujourd'hui, 25 mai 1841, les douleurs dans le dos et dans les reins ont beaucoup augmenté; elles sont surtout très-vives la nuit, au point d'obliger la malade de sortir du lit pour obtenir un peu de calme. Pas de chaleur dans la ré-

gion du sacrum ; tension pénible dans les aines et au haut des cuisses; sensations douloureuses dans les seins; tiraillement dans le ventre. Les fleurs blanches sont toujours abondantes et colorées en vert et en jaune. Il existe de fortes démangeaisons et une vive chaleur dans l'intérieur et au pourtour du vagin et de l'anus..

Le sommeil est assez bon depuis quelques jours; la langue est rouge, pointillée, parfois brûlante. Pas d'appétit ; selles assez régulières.

L'utérus est petit ; on reconnaît à sa partie postérieure, moyenne et gauche une dépression très-sensible. Le centre de cette dépression présente un petit corps fibreux. Le col est engorgé et squirrheux ; il est ulcéré dans un point; dans le reste de son étendue la muqueuse qui le recouvre est saignante. — Tisane d'orge. Cataplasmes de farine de riz dans le vagin; injection d'eau de guimauve presque froide. Bains, bains de siège, régime convenable. Le 27 mai et le 10 juin douze sangsues sur le col de l'utérus. Le 21 juin : cautérisation avec mon cylindre caustique. Cinq cautérisations furent faites à des distances différentes; le col de l'utérus a été ainsi entièrement détruit. Des escharres assez épaisses se sont détachées; enfin une cicatrice enfoncée et de bonne nature a été obtenue. Le 8 septembre, la plaie était guérie. Quoique la malade ait éprouvé depuis l'opération quelques petits accidents du côté de l'utérus, dont je rendrai compte plus tard, je dois dire qu'il n'y a pas eu de récidive et que madame H. se porte encore aujourd'hui très-bien.

Les observations qui précèdent et l'étude que je viens de faire du cylindre caustique ont pu déjà faire entrevoir toute la portée de l'emploi de ce nouvel instrument de

cautérisation. Ce n'est pas seulement dans le traitement des maladies du col de l'utérus que nous avons reconnu sa supériorité, il la conserve encore tout entière, quelle que soit la partie du corps où on l'applique. Mon intention n'est pas d'entrer, à ce sujet, dans aucun détail. Je dirai seulement que, séduit par la facilité de son emploi, je me sers exclusivement du cylindre caustique pour établir des cautères. Après en avoir trempé l'extrémité dans un peu d'eau-de-vie, je l'applique sur la peau où je lui imprime quelques légers mouvements. En deux, trois ou quatre minutes, l'escharre est faite. Ce nouveau procédé pour l'application des cautères n'a aucun des inconvénients de la potasse. L'on ne craint pas de voir fuser le caustique, d'obtenir des escharres allongées, irrégulières, trop larges ou trop petites ; ici pas de pansement, pas de contrainte de la part du malade, de peur de déranger l'appareil, pas de précautions à prendre ; l'œil dirige tout, et trois minutes suffisent pour cette petite opération à laquelle les malades, distraits par la conversation, donnent souvent fort peu d'attention.

M. Amussat, M. Lucien Boyer et moi avons détruit, l'année dernière, avec le cylindre caustique, une tumeur cancéreuse de la face, jusque-là rebelle à tous les moyens employés, depuis longtemps ulcérée et du volume d'une grosse noix, chez un malade âgé d'une cinquantaine d'années. Je dois faire remarquer ici que, dans l'emploi comparatif du cylindre caustique avec celui de potasse, le premier a toujours produit beaucoup moins de douleur que le second. M. Amussat s'est encore servi avec succès du cylindre caustique pour détruire des hémorrhoïdes externes et internes. M. Récamier, M. Amussat, et moi

ayant ces jours derniers, mortifié des bourgeons de mauvaise nature qui étaient survenus sur la plaie d'une amputation du sein pour une affection cancéreuse, avons encore reconnu ici toute la supériorité et la commodité du cylindre caustique. Enfin, pour démontrer de plus en plus les avantages de ce nouveau moyen de cautérisation, il me serait facile de multiplier les citations, mais je crois en avoir dit assez pour faire sentir tout le parti que les chirurgiens pourront en tirer.

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

ANALYSES D'OUVRAGES.

Traité philosophique et expérimental de matière médicale et de thérapeutique, par G.-A. Giacomini, professeur de médecine clinique à l'Université de Padoue, etc., etc.,

Traduit de l'italien par

M. Mojon, professeur honoraire d'anatomie et de physiologie à l'Université de Gênes, membre coorrespondant de l'Académie royale de médecine de Paris, etc., etc., et Rognetta, docteur en médecine, professeur de chirurgie et d'ophtalmologie, membre de l'Académie royale des sciences de Naples, etc.— Un vol. in-8 de 600 pages, au bureau de l'*Encyclopédie des sciences médicales*, rue Servandoni, 17.

M. le professeur Giacomini appartient à la célèbre école du contro-stimulisme; il en est aujourd'hui un des

maîtres les plus laborieux et les plus distingués. Les progrès qu'il a fait faire à la doctrine de Bassin et de Tomasini, l'impulsion qu'il a donnée aux investigations thérapeutiques si négligées parmi nous, le placent au premier rang des médecins de la Péninsule. MM. Mojon et Rognetta ont rendu un véritable service à ceux de notre pays en traduisant un ouvrage qui doit contribuer puissamment à cette réforme des études cliniques dont nous avons un si grand besoin. Je vais tâcher d'indiquer aussi brièvement que possible la méthode théorique et expérimentale que l'auteur a adoptée, les principes qui l'ont dirigé et les matières qu'il a traitées. Je dirai ensuite quelques mots des notes substantielles qui ont été ajoutées par les savants traducteurs.

Pour bien connaître la méthode que le professeur de Padoue a adoptée, il nous suffira de le laisser parler lui-même. « J'essaie de faire dans cet ouvrage ce que plu-
» sieurs auteurs et même des corps académiques ont tenté
» inutilement avant moi, c'est-à-dire, de réduire la ma-
» tière médicale à des principes scientifiques invariables.
» Ce grand problème avait été insoluble autrefois, faute
» de données suffisantes. Il ne l'est plus aujourd'hui,
» grâce aux progrès récents de la médecine, de l'anatomie
» pathologique, de la physique, de la chimie, de l'art ex-
» périmental et de la philosophie médicale. La pharmaco-
» logie est une science essentiellement expérimentale;
» mais à quoi servent les expériences sur lesquelles on
» la base, si elles ne sont pas éclairées par la saine philo-
» sophie. On a de tout temps fait des expériences sur les
» médicaments; mais à quoi ont-elles conduit? A des
» conséquences absurdes. C'est qu'elles ont été mal diri-

» gées et mal comprises. Pour opérer la réforme impor-
» tante dont il s'agit, il faut des masses considérables de
» faits bien observés. Or, ces faits existent ; il s'agit de les
» coordonner, de les interpréter et de les rattacher à des
» lois invariables de physiologie et de pathologie. Ce ne sont
» pas seulement des faits chimiques dont nous aurons
» besoin, il nous en faut d'un autre genre, c'est-à-dire qui
» naissent de l'expérimentation directe chez les animaux.
» Des hommes très-laborieux, très-éclairés et animés du
» désir de reculer les bornes de la science, en Italie, en
» France, en Angleterre, en Allemagne et en Amérique,
» nous ont non-seulement légué les détails d'un très-
» grand nombre d'expériences qu'ils ont faites chez les
» animaux avec des médicaments et dans des buts diffé-
» rents, mais encore par eux-mêmes. Nous reprendrons
» ces expériences, nous les jugerons sans idées préve-
» nues, nous les comparerons à celles que nous aurons
» faites nous-mêmes ; nous rapprocherons enfin leurs ré-
» sultats de ceux que nous fournit tous les jours l'observa-
» tion clinique, et nous ne tirerons aucune conclusion
» qui ne soit conforme à la logique et aux lois les mieux
» connues de la physiologie et de la pathologie. »

C'est, comme on le sait, un essai de thérapeutique positive que M. Giacomini s'est proposé de publier. La tentative était hardie ; avec la persévérance que nous lui connaissons, il ne se reposera que lorsqu'elle sera achevée sur un grand nombre de points. Il faut se hâter de reconnaître que la méthode expérimentale ne lui a pas fait défaut, et qu'il est peu de substances médicamenteuses un peu énergiques qu'il n'ait soumises à l'épreuve soit des animaux, soit de l'homme sain et malade. Il est bon de

dire que plusieurs de ses élèves se sont prêtés avec un grand dévoûment à ses désirs de sage et sérieuse expérimentation sur l'homme sain.

Quant aux principes qui ont dirigé notre professeur, soit qu'ils lui aient été donnés par l'observation seule, soit qu'ils aient été plutôt le point de départ de ses recherches expérimentales, il est certain qu'ils diffèrent prodigieusement de ceux qui sont en faveur parmi nous, si toutefois il en est encore dans l'état anarchique de nos intelligences médicales. Ces principes, que M. Giacomini indique *dans* ses prolégomènes comme appartenant en propre à la pharmacologie italienne, pourraient bien, en grande partie au moins, être revendiqués par l'auteur, qui est en général très-original, et qui, il faut le dire, ressemble bien plus, par ses allures, à un hardi novateur qu'à un ardent propagateur de la doctrine de ses maîtres. Quoi qu'il en soit, il abrite respectueusement sous l'aile de la tradition nationale les principes généraux qu'il serait très-juste de mettre en grande partie sur le compte de sa propre responsabilité. Ces principes sont de deux ordres : les uns concernent l'action commune des moyens pharmaceutiques, et les autres concernent l'action distincte des diverses classes de médicaments. Nous les indiquerons successivement.

Action commune : 1° la véritable action pharmaceutique d'une substance ne s'obtient que *lorsqu'elle entre dans le travail d'assimilation organique.* Cette action doit être distinguée des autres qu'elle peut exercer en vertu de ses propriétés mécaniques, physiques et chimiques ; 2° l'action pharmaceutique de tout remède *est une, toujours la même*, quelque différents que ses effets puissent être en apparence dans les divers cas où on l'applique ; 3° les

remèdes doivent être classés d'après l'action thérapeutique qui leur est propre, tandis que les effets secondaires ne doivent être qu'indiqués ' les cas spéciaux.

Action distincte La vitalité, considérée comme force unique et simpl., ne peut, sous l'action des remèdes, changer son état que de deux manières, en s'élevant au-dessus du type normal, ou en s'abaissant au-dessous de ce type. De là résultent deux classes de remèdes, les uns *hypersténisants*, les autres *hyposthénisants*. Quelques personnes admettent une troisième classe, renfermant ceux dont l'action n'est ni *hypersthénisante* ni *hyposténisante*. Si elles existent, ces substances constituent la classe des remèdes *spécifiques* ou *empiriques*. Quant aux actions *physico-chimiques*, elles disparaissent dès l'instant où le médicament est entré dans l'assimilation organique ; elles deviennent alors *dynamiques*, et elles rentrent dans les catégories précédentes. Les médicaments hypersténisants et hyposthénisants se divisent, les premiers en cinq, les seconds en sept grandes classes, d'après les appareils sur lesquels ils portent leur action élective. Les uns prennent le nom d'hypersthénisants : 1° *cardiaco-vasculaires* ; 2° *vasculo-cardiaques* ; 3° *céphaliques* ; 4° *rachidiens* ; 5° *gastro-entériques*. Les autres prennent le nom d'hyposthénisants : 1° *cardiaco-vasculaires* ; 2° *vasculaires* et *cardiaques* ; 3° *lymphatico-glanduleux* ; 4° *gastriques* ; 5° *entériques* ; 6° *céphaliques* ; 7° *spinaux*.

Parmi les hypersthénisants cardiaco-vasculaires, nous ne voyons que l'ammoniaque ; l'éther est le seul hypersthénisant vasculo-cardiaque ; l'opium et la morphine figurent seuls parmi les hypersthénisants céphaliques ; l'alcool est, à proprement parler, l'unique hypersthénisant rachidien.

Quant aux hypersthénisants gastro-entériques, ils se réduisent à la cannelle, au girofle et à la noix de muscade.

Ainsi qu'on peut le voir, le nombre des hypersthénisants n'est pas considérable. Il est aisé d'en conclure que le nombre des maladies qui réclament ces moyens ne doit pas être bien grand dans la doctrine pathologique professée par notre auteur. Voici, au reste, le riche catalogue des substances que les médecins français verront avec surprise figurer au nombre des hyposthénisants.

Les hyposthénisants cardiaco-vasculaires sont : l'acide cyanhydrique et les substances cyanhydrées, telles que le laurier-cerise, les amandes amères, les fleurs et les feuilles de pêcher, les cerises noires, les cantharides, la digitale pourprée, la scille, le colchique d'automne, le camphre, la menthe poivrée, la sauge officinale, la camomille, la térébenthine de Venise et le baume de copahu, les baies de genevrier, le gaz acide carbonique, l'azotate de potasse, l'acétate de potasse, les asperges.

Les hyposthénisants vasculaires et cardiaques se divisent en hyposthénisants vasculaires artériels et en hyposthénisants vasculaires veineux. Aux premiers appartiennent les antimoniaux, l'aconit napel, l'ipécacuanha, les fleurs de sureau, la douce-amère, la salsepareille, le gayac, le soufre, le seigle ergoté, le quinquina, l'écorce de saule, le lichen d'Islande, le fer. Aux seconds appartiennent les acides nitrique, sulfurique, chlorhydrique, oxalique, citrique, acétique, borique ; le chlore, la moutarde, le cochléaria officinal.

Les hyposténisants lymphatico-glandulaires sont formés par les mercuriaux : l'iode et l'éponge brûlée, le

brôme; la baryte et l'hydrochlorate de baryte, le chlorure de calcium, et la ciguë.

Les hyposthénisants entériques sont : le tamarin, la manne, l'huile d'amandes douces, l'huile d'olives, l'huile de lin, l'huile de ricin, la crême de tartre, les sulfates de magnésie, de potasse et de soude, le carbonate de mægnésie, le séné, la rhubarbe, le julep, l'aloès, la scammonée, la gomme gutte, l'huile d'épurge, l'huile de croton tiglium.

Les hyposthénisants céphaliques sont : 1° la belladone, 2° le datura stramonium, 3° la jusquiame, 4° la nicotiane.

Aux hyposthénisants spinaux appartiennent la strychnine, la fève de St-Ignace, le toxicodendron, la préparation saturnine, l'arnica, l'assa-fœtida, la valériane.

M. Giacomini vient de publier la dernière partie de son ouvrage qui a pour objet les remèdes mécaniques ou dont l'action est extérieure ou *médico-chimique*. Quant aux médicaments dont l'action est *empirique* ou *spécifique*, il en conteste l'existence, s'appuyant sur ce fait que les remèdes qui sont regardés comme appartenant à cette classe ont une action dynamique très-marquée, et peuvent être utiles dans les maladies les plus diverses. « Il n'est personne, » dit-il, qui pourra admettre aujourd'hui que le quinquina » n'est utile que dans les fièvres intermittentes seulement, » et le mercure dans la syphilis seulement. »

Les notes de MM. les docteurs Mojon et Rognetta ajoutent un grand prix à l'ouvrage de M. Giacomini. Ces savants traducteurs étaient en mesure plus que qui que ce soit de servir d'interprètes à la doctrine pathologique et thérapeutique de l'auteur, eux qui sont à la fois initiés aux écoles de l'Italie et à celles de la France. Dans ces

notes, les traducteurs ont quelquefois développé la pensée exprimée dans le texte ; souvent ils l'ont rectifiée, et, dans certaines circonstances, ils l'ont positivement combattue. M. le professeur Mojon a donné sur la structure organique de l'épiderme, contradictoirement à l'auteur, une note fort substantielle qui se trouve à l'article soufre. Il en est de même d'une autre note dans laquelle le professeur de Gênes combat la doctrine du professeur de Padoue sur l'acarus, que celui-ci regarde comme l'effet et non comme la cause de la gale.

Nous n'avons pu discuter ici les principes de la doctrine de M. Giacomini. Il était impossible d'aborder une pareille discussion sans remuer tout le terrain de la pathologie et de la philosophie médicale. Nous avons dû nous borner à donner une idée sommaire d'un des ouvrages les plus remarquables qui aient paru ces dernières années dans la Péninsule.

Docteur L. Cerise.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE FRANÇAIS.

Bulletin général de thérapeutique. (Mai, juin et juillet 1842.)

De l'emploi de la belladone dans le traitement de l'épilepsie, par M. Debreyne. — Que n'a-t-on pas essayé contre cette affection redoutable, et que d'essais nous réservent encore des insuccès désespérants ? En attendant,

accueillons avec réserve, mais avec faveur, les tentatives nouvelles conçues dans un bon esprit et exposées sans une emphase toujours suspecte.

Après avoir longtemps expérimenté les divers agents thérapeutiques préconisés contre l'épilepsie, M. Debreyne conclut que l'extrait de belladone est le remède anti-épileptique le plus efficace. « Depuis vingt à vingt-cinq ans, dit-il, nous l'avons employé sur peut-être plus de deux cents sujets. Eh bien ! sur ce grand nombre d'épileptiques, il ne nous est peut-être pas arrivé une seule fois de donner la belladone sans quelque effet avantageux. Ordinairement les accès sont notablement affaiblis et éloignés, ou suspendus pendant des semaines, des mois ou même des années.... Plusieurs nous ont déclaré n'être pas retombés depuis sept, huit, neuf et onze ans. »

M. Debreyne n'en conclut pas cependant que la belladone soit un spécifique contre l'épilepsie; il se borne à la présenter comme un agent éminemment efficace, et celui dont il est permis, jusqu'à ce jour, d'attendre les meilleurs résultats.

Voici la formule :

Extrait de belladone (par simple décoction aqueuse), quatre grammes, poudre de gomme arabique, deux grammes, poudre inerte, q. s. pour cent vingt pilules; à prendre une le premier jour, deux le second, ainsi de suite, en augmentant d'une chaque jour, jusqu'à six dans les vingt-quatre heures, le matin, le soir, et deux heures avant le repas. On diminue ou l'on cesse s'il survient un trouble notable dans la vue.

Epilepsie guérie par l'expulsion de vers intestinaux. — Longtemps admise en médecine, l'épilepsie sympathique ou symptomatique a été rejetée par quelques méde-

cins. Il n'est donc pas sans intérêt de ramener l'attention des praticiens sur cette origine contestée de l'épilepsie, lorsque des faits la rendent évidente. Tel est celui rapporté par le docteur de Michel, Barbentane. L'expulsion, provoquée par l'indigo, l'huile de ricin, et celle de croton tiglium, de plusieurs pelotons de vers ascarides, lombricoïdes, paraît avoir déterminé la cessation de violents et fréquents accès qui n'ont pas reparu depuis longtemps. Malheureusement la symptômatologie différentielle de l'épilepsie produite par les vers intestinaux est souvent obscure, ce qui rend incertain le diagnostic si important de la cause interne et déterminante. Dans le cas rapporté par M. Michel, d'une jeune fille de dix ans, épileptique, depuis cinq années, et qui fut guérie, comme nous venons de le dire, les accès furent parfois précédés de maux de tête affreux, d'un gonflement du ventre et de coliques très-aiguës.

Nous venons d'envisager l'épilepsie sous un double point de vue qui sera toujours digne des méditations des praticiens.

M. Debreyne s'est attaché à la recherche d'un anti-épileptique, comme si cette affreuse maladie résultait d'une modification unique, susceptible d'être combattue par un seul agent. M. Michel pense au contraire que le traitement de l'épilepsie doit varier comme ses causes internes ou organiques. La thérapeutique de cette affection ne peut reposer sur des bases complètes qu'en embrassant l'un et l'autre point de vue. Nous sommes portés à croire que l'épilepsie dépend d'une modification nerveuse identique, et que la recherche d'un spécifique ne répugne nullement au bon sens médical. D'abord on n'ignore pas que cette maladie existe souvent sans lésion organique appréciable, et, d'autre part, qu'on n'a pas signalé chez les épileptiques une seule lésion qui ne puisse

exister sans produire l'épilepsie. Donc la modification nerveuse inconnue est l'élément pathologique indispensable, et peut-être existe-t-il dans la nature un agent capable de la dompter, en laissant subsister les altérations anatomiques qui l'ont suscitée *non pas nécessairement, mais accidentellement.* Les anatomo-pathologistes ne sauraient trop, surtout en ce qui concerne les maladies nerveuses et mentales, méditer cette observation, qu'il en est des lésions anatomiques, par rapport aux symptômes, comme des causes externes, relativement à la production des maladies ; c'est-à-dire que l'action des unes et des autres est inconstante, variable, et que les rapports de cause à effet sont plus souvent accidentels que nécessaires. Pour en revenir à l'épilepsie, il sera toujours sage de rechercher les lésions internes ou causes organiques et de les traiter ; mais cette considération ne doit pas détourner les praticiens de poursuivre la découverte d'un spécifique.

Pommade à la naphtaline dans le traitement du psoriasis; par M. Emery. — Après avoir cherché à fixer l'attention des praticiens sur l'emploi du goudron à haute dose dans le traitement des dartres sèches, et entre autres des divers psoriasis et de la lèpre vulgaire, M. Emery ne se dissimulant pas l'inconvénient de l'odeur et de l'usage incommode de cet agent résineux, s'est occupé à en isoler le principe actif de la matière colorante. C'est ainsi qu'il est parvenu à composer la pommade de naphtaline concrète qu'on retire du goudron. Voici la formule :

Naphtaline concrète, deux grammes.
Axonge, trente grammes.

Cette pommade a réussi contre plusieurs psoriasis invétérés, qui comptaient plusieurs années d'existence.

M. Emery employait concurremment et alternativement des topiques émollients.

A. L.

Annales d'hygiène. (juillet 1842.)

Note sur le plomb et sur les accidents déterminés par ce métal, ses oxydes et ses composés.

Nous avons fait connaître dans l'un des numéros des *Annales* les résultats que nous avions obtenus, de recherches médico-légales auxquelles nous nous étions livrés par suite d'une ordonnance rendue par M. Bazire, juge d'instruction, dans l'affaire des époux P... et C... contre le sieur S... qui leur avait livré du cidre tenant du plomb en dissolution (1).

Depuis cette publication, nous avons été à même d'examiner du cidre qui nous avait été apporté par un sieur T... qui l'avait préparé lui-même, et nous avons pu voir que ce cidre contenait aussi un sel plombique, provenant d'un vase de plomb employé dans l'opération.

La présence d'un sel de plomb dans les cidres, présence qui n'est pas le résultat de la fraude, mais bien de la négligence, de l'insouciance et du manque de connaissances apportées dans le choix des vases et des ustensiles employés pour la préparation et la conservation de ce liquide, devrait engager l'administration à publier une instruction sur les soins à apporter dans la préparation et

---

(1) On trouve dans les anciens journaux des faits très-curieux : ainsi Wilson (*Journal de médecine, chirurgie et pharmacie*) dit qu'ayant ouvert le cadavre d'un chien mort de la colique de plomb, il trouva la tunique interne de l'estomac couverte d'une poussière de plomb qui faisait croûte en certains endroits.

dans la conservation des substances liquides employées comme boisson, défendant, en outre, de les altérer. Cette instruction serait des plus utiles, car on a vu des accidents causés : 1° par de l'eau qui avait séjourné dans du plomb; 2° par du vin qui avait séjourné dans des vases de cuivre; 3° par du cidre qui avait séjourné dans du plomb et dans du zinc (1); 4° par de l'eau-de-vie et par des liqueurs qui avaient été préparées dans des alambics mal entretenus, par des eaux distillées, préparées dans des alambics mal étamés ou par les mêmes eaux conservées dans des vases étamés avec un alliage contenant beaucoup de plomb, ou dans des vases en cuivre. Le parlement de Rouen, en 1775 et en 1784, avait défendu positivement, par des arrêtés motivés, d'employer le plomb pour désacidifier les cidres ; pourquoi l'administration ne suivrait-elle pas cet exemple, en publiant une instruction, faisant suivre cette instruction de l'indication des articles de loi qui peuvent atteindre ceux qui se rendraient coupables d'un délit en ne se conformant pas aux ordonnances hygiéniques.

La publication d'une semblable instruction rendrait de grands services; mais il faudrait, pour remplir une im-

(1) M. Backer, dans son *Essai sur la colique du Devonshire*, publié à Londres en 1767, fait connaître : 1° que de 1762 à 1767, le nombre des malades atteints de coliques saturnines entrés à l'hôpital d'Exeter s'était élevé à 285, dont 209 avaient été guéris ; 2° que ces coliques n'étaient pas dues à du cidre acide, mais bien à du cidre contenant un sel de plomb en dissolution; 3° qu'à Bath, on vit dans une seule année 80 malades attaqués de colique pour avoir fait usage du cidre; 4° que le docteur Wall, de Worcester, a vu conserver du cidre dans une grande citerne doublée de plomb; ce cidre donna lieu à un grand nombre de coliques saturnines; 5° que dans diverses localités, les trous qui se faisaient dans les pressoirs étaient bouchés avec du plomb, que les presses étaient doublées en plomb, que les tuyaux de conduite étaient en plomb.

mense lacune, publier successivement d'autres documents pour mettre en garde les personnes qui manient le plomb ou ses composés contre les coliques métalliques qui peuvent avoir plus ou moins de gravité, et qui peuvent quelquefois déterminer la mort des personnes qui en sont atteintes.

Ces réflexions ont été suggérées par l'examen des tableaux des malades atteints de coliques saturnines, admis dans les hôpitaux de Paris, tableaux qui démontrent que, quoi qu'on en ait dit, les malades atteints de coliques saturnines sont toujours en aussi grand nombre dans les hôpitaux de Paris, et que les prophylactiques vantés par diverses personnes ne sont pas mis en usage ou ne réussissent pas (1); enfin que les ouvriers qui travaillent le plomb ou ses sels succombent encore par suite de leurs travaux. Pour démontrer la vérité de ce que nous avançons, nous allons donner ici de nouveau un résumé statistique des faits observés en 1841.

De l'examen de ces faits, il résulte : 1° qu'il est entré dans huit des hôpitaux de Paris 302 malades atteints de coliques saturnines. Ces 302 malades ont été traités :

75 à Beaujon.	39 à la Pitié.
64 à la Charité.	24 à l'Hôtel-Dieu annexe.

(1) Quelques personnes ont pensé qu'en rédigeant les notes statistiques qui ont été insérées dans le tome XXVI des *Annales d'hygiène*, p. 451, nous avions eu l'intention de prendre part à la discussion qui s'était élevée entre deux praticiens, qui se sont occupés des maladies causées par le plomb : nous déclarons ici qu'il n'en est rien; nous laissons chacun de ces messieurs traiter à leur fantaisie et leurs malades et la question scientifique; nous nous bornons à exposer des faits, à relever des chiffres, tout en admettant l'opinion que celui qui trouvera un bon moyen de soustraire les ouvriers à l'action du plomb ou de ses sels rendra un service immense à l'humanité.

47 à l'Hôtel-Dieu. 5 à Saint-Antoine.
46 à Necker. 2 à Cochin.

2° Que, sur ces 302 malades, 289 sont sortis guéris, 12 ont succombé, et le 13e, atteint d'aliénation mentale, a été dirigé sur Bicêtre (1);

3° Que sur ces 302 malades, 236 étaient des ouvriers travaillant dans les trois fabriques de céruse qui se trouvent dans le département de la Seine; les 66 autres malades exerçaient des professions diverses : peintres en bâtiment, broyeurs de couleur, ouvriers en papiers peints, polissseurs en caractères d'imprimerie, imprimeurs (2), ouvriers fabricant les cartes dites de porcelaine (*cartes avec le blanc de plomb*), potiers de terre (3). On comptait, en outre, parmi les malades, un ouvrier taneur, un lapidaire, un ouvrier en bronze (4), un peintre

(1) Sur les 12, 11 ont succombé par suite de l'action du plomb ou de ses sels, le 12e est mort de phthisie. D'après le médecin, sa profession n'a pas influé sur son état.

(2) Nous attribuons les coliques qu'éprouvent les polisseurs en caractères et les imprimeurs à la présence de l'arsenic dans les caractères d'imprimerie.

(3) Ces ouvriers vernissent les poteries avec l'alquifoux, le sulfure de plomb.

(4) Les ouvriers qui travaillent le cuivre sont, comme on l'a déjà observé, sujets aux coliques métalliques. Doezan, docteur-médecin de Montpellier, qui écrivait en 1760, avait étudié les malades atteints de coliques saturnines; il avait observé : 1° que les ouvriers qui travaillent le plomb peuvent avoir un grand nombre de rechutes, il cite : 1° un homme âgé de 40 ans qui avait eu 26 fois la colique de plomb; 2° un plombier lamineur qui l'avait eue 7 fois, enfin un peintre qui l'avait eue 8 fois; 2° que le vert-de-gris à petite dose, répandu dans l'air, donne lieu à des coliques métalliques; 3° que des cordonniers pour femme et des peintres étaient atteints de coliques pour avoir employé de l'orpiment, les uns pour les peintures, les autres pour préparer des passe-talons de couleur jaune, Combalussier, en 1761, faisait observer que la mort de deux généraux, de M. le marquis de Surgères et M. Villeneuve Vence, avait eu lieu à la suite de coliques de cuivre. Verdelhion, docteur

en stores, un émailleur, un mécanicien (1), un ouvrier en cristaux ;

4° Que, sur les douze ouvriers qui ont succombé, 10 étaient des ouvriers cérusiers, le 11e, mort phthisique, était broyeur de couleur, le 12e était un peintre en bâtiments ;

5° Que l'ouvrier atteint d'aliénation mentale était un ouvrier cérusier ;

6° Qu'il est nécessaire de faire de nouvelles recherches sur les moyens à mettre en usage pour prévenir les coliques saturnines et les dangers auxquels sont exposés les ouvriers qui sont atteints de cette affection (2).

A. Chevalier.

Archives générales de médecine. (Juillet 1842.)

1. *Mémoire sur la luxation de la première pièce du sternum sur la seconde*, par M. Maisonneuve. Ce mémoire est un travail déjà lu à l'Académie de médecine dans le commencement de cette année, et auquel l'auteur a fait ici quelques additions. A l'exception d'un cas, dit M. Maisonneuve, publié en 1773 dans le journal de

---

de la Faculté de Paris, médecin du prince de Condé, a rapporté un fait curieux, c'est celui de la femme d'un plombier qui avait éprouvé une vive douleur de matrice, présentant le caractère des coliques pour avoir mis dans sa chaufferette de petits charbons mêlés de scories de plomb, et en avoir reçu les vapeurs (*Journ. de méd., chir. et pharm.*, 1760).

(1) Pechot, ouvrier mécanicien, était atteint d'une colique qui fut attribuée au cuivre.

(2) Nous rappellerons ici que le chiffre des ouvriers malades, en 1839, s'est élevé à 211, et qu'il y a eu 8 morts; qu'il s'est élevé en 1840 à 248, et qu'il y a eu 10 morts; enfin qu'il y a été en 1841 de 302, et qu'il y a eu 11 décès en défalquant le malade mort de phthisie; on doit en outre compter un malheureux atteint d'aliénation mentale.

Rouen, par M. Auran, gagnant maîtrise, on ne rencontre dans aucun traité *ex professo* ou élémentaire rien qui ait rapport à cette affection, confondue probablement, dans une foule de cas, avec la fracture du sternum. On doit d'autant moins s'étonner de cette omission, que jusqu'ici on a considéré le sternum comme formé de deux pièces seulement, du corps de l'os et de l'appendice xyphoïde, tandis qu'en réalité il y en a trois.

Avant d'exposer les cas qu'il a observés, et ceux qu'on lui a communiqués, ou qu'il a pu recueillir dans les annales de la science, M. Maisonneuve entre dans quelques détails relatifs à l'anatomie de cette pièce de squelette, et il établit d'une manière positive que la pièce supérieure, qu'il nomme la poignée de la tige, que le sternum représente, n'est point continue avec la seconde; mais qu'elle lui est unie de deux façons distinctes, soit au moyen d'un fibro-cartilage à la manière des articulations amphiarthrodiales, soit au moyen de simples ligaments, les deux surfaces articulaires étant recouvertes d'un cartilage spécial comme les articulations diarthrodiales. Cette articulation, qui finit par s'ankiloser, mais seulement dans un âge fort avancé, est susceptible de mouvements variés, bornés à la vérité, mais pourtant réels. A priori on peut donc prévoir qu'il peut exister un déplacement sans fracture. Et c'est en effet ce que les faits confirment. Il y a également entre les moyens d'union des parties latérales de la poignée avec les côtes ceci de particulier que, tandis que la deuxième côte y est en quelque sorte continue, cette deuxième côte n'est qu'articulée avec la seconde comme les articulations ordinaires, disposition d'où il résulte que, dans la luxation, ces côtes sont entraînées avec la poignée, et abandonnent le corps de l'os.

Le premier cas observé par M. Maisonneuve, et qui

a donné lieu à ces recherches, s'est présenté à l'Hôtel-Dieu, dont il faisait le service en remplacement de M. Roux. Carrière, vitrier, 27 ans, étant tombé dans une église d'une hauteur de 40 pieds, fut transporté à cet hôpital dans un état complet de perte de connaissance; et entre autres désordres qui ont fini par déterminer la mort au bout de six semaines, M. Maisonneuve constata la luxation des deux premières pièces du sternum, la première enfoncée sous la seconde, et celle-ci faisant avec le plan de l'os une saillie remarquable surmontée au niveau de l'articulation d'une dépression de quelques lignes; les plans fibreux postérieurs ou médiastinaux étaient soulevés, la poignée avait conservé ses rapports avec les cartilages des premières et des secondes côtes.

A peu de distance de là et presqu'au moment de la mort du premier blessé, M. Maisonneuve constata un second fait de même nature. Maupas, couvreur, 42 ans, tomba de 42 pieds sur le pavé de la rue, et expira à l'instant ou il est apporté à l'hôpital. Saillie à l'endroit de l'articulation des deux pièces, à 3 centimètres au-dessous de la fourchette; cette saillie est abrupte et transversale. Les cartilages supérieurs sont également adhérents à la poignée. Chevauchement des deux pièces dans l'étendue d'un à deux centimètres; les facettes articulaires étaient revêtues de leurs cartilages. Il n'y avait donc aucun doute possible sur l'existence d'une luxation. Depuis, une troisième observation a été fournie à l'auteur par MM. Thoer et Manoury, internes des hôpitaux. Bressaut, 48 ans, tomb d'une hauteur de 4 mètres, et est apporté à l'Hôtel-Dieu. D'abord il a perdu toute connaissance, puis il la recouvre, mais, cinq jours après, le 30 juillet 1841, il meurt après avoir présenté les signes d'une paralysie et d'une paraplégie causée par la fraction de la cinquième vertèbre.

Mais en même temps il y avait séparation des deux premières pièces du sternum, la seconde étant portée en avant sur la première.

Parmi les nombreuses pièces contenues dans les musées pathologiques, M. Maisonneuve n'a trouvé qu'un exemple de cette luxation dans le musée Dupuytren ; cette pièce existe sous le n° 66. Le squelette de l'individu offre aussi diverses autres fractures. Ici encore le fragment inférieur ou corps de l'os a chevauché en avant sur la poignée. l'extrémité du corps présente exactement les 3 facettes.

Voici en outre le cas d'Auran, dont nous avons parlé au commencement. Un homme tombe avec une échelle au haut de laquelle il était monté. Un des échelons porte sur le sternum par une des extrémités, et pénètre entre les premières et les secondes pièces de cet os, enfonçant l'une sur l'autre. La guérison eut lieu par un traitement convenable. Auran établit une compression qui maintint les pièces en rapport, les muscles de l'abdomen et du col étant d'ailleurs dans la demi-flexion.

Ces quatre cas sont les seuls, et ne permettraient guère de tracer une histoire complète de ces luxations, si, par une analyse fidèle, on ne découvrait entre eux une grande analogie, qui porte à croire que l'exposé de leurs symptômes devra à peu de chose près constituer celui de la maladie elle-même.

Jusqu'à présent la seule variété de luxation du sternum observée est celle du corps en avant. La condition de sa formation est l'existence de l'articulation. Les vieillards y sont moins sujets, parce que les os finissent par se souder. La mobilité y prédispose : témoin ce jeune homme cité dans le Dictionnaire des sciences médicales, à l'article *Sternum*, et qui, pour se soulager de douleurs ostéocopes

qu'il éprouvait dans cette région, la pressant fortement, opéra la disjonction des deux os.

M. Maisonneuve reconnait à cette luxation des causes directes et indirectes. Les premières simples, les secondes toujours accompagnées de grands désordres, parce que le choc ne peut être que très-violent, sans quoi il épuiserait son action dans les nombreuses parties à travers lesquelles il passe pour agir sur le sternum.

Presque toujours le faisceau ligamenteux antérieur est rompu, tandis que le postérieur n'est que décollé dans cette luxation; ce qui tient à la faiblesse et à l'adhérence plus intime de ce faisceau antérieur.

Il peut arriver aussi, ce qui a eu lieu dans une des observations, que, par suite du déplacement des deux pièces osseuses, les cartilages des deuxième et troisième côtes se rencontrent et se brisent.

Le diagnostic de cette luxation est facile, à moins qu'il ne soit obscurci par un gonflement considérable ou de graves désordres concomitants; le pronostic serait en général peu grave, si elle existait sans complications, ce qui est rare pour les luxations par causes indirectes.

Quant au traitement, la réduction est l'indication la plus pressante à remplir. Pour cela, il convient d'étendre le malade ou d'opérer l'extension ou la contre-extension, comme l'a fait Auran, en même temps qu'on exerce des pressions directes latérales sur les os et les côtes, afin de dégager la pièce inférieure. On maintient le tout avec des compresses et un bandage de corps suffisamment serré.

La luxation du corps en arrière, à cause de la disposition articulaire des côtes que M. Maisonneuve a signalée, n'est guère possible, sinon directement. Néanmoins Sabatier cite un cas qui pourrait être invoqué en faveur de

son existence, si la fracture ne justifiait pas aussi bien les symptômes que la luxation.

Enfin M. Maisonneuve rapporte deux cas d'écartement des deux pièces osseuses produits par des violences extérieures considérables ; mais la guérison ayant eu lieu et la longueur du fragment supérieur n'ayant point été spécifiée, ni l'autopsie faite, la même difficulté à affirmer le diagnostic se reproduit.

En tout cas, fracture et luxation réclament semblable traitement, qui consiste dans la flexion forcée de tout le corps, pour rapprocher les pièces osseuses écartées.

Dans la séance de l'Académie de médecine du 26 juillet, un nouveau cas de luxation par cause directe a été présenté. Le corps faisait saillie sur la poignée, dont les deuxièmes côtes ne paraissaient pas détachées. L'accident date de deux mois; le blessé est un maçon de 20 ans, et d'une excellente constitution. La poignée est déprimée de plus d'une ligne.

II. *Recherches sur le cancer du poumon*, par le docteur William Stokes. Jusqu'ici l'autopsie a souvent révélé l'existence du cancer en dehors et dans la substance même du poumon. Bayle et Laënnec en rapportent des observations, et on en trouve d'autres exemples dans les recueils scientifiques. Mais ni les différentes formes qu'affecte cette maladie, ni les symptômes qui dans tous les cas peuvent la caractériser, n'ont été l'objet d'un travail suivi. C'est dans le but de commencer à combler cette double lacune que M. Stokes a entrepris les recherches dont nous allons présenter l'analyse.

Dans un premier traité sur les maladies de poitrine, l'auteur, fondé sur les observations des auteurs et sur les siennes propres, n'admettait que deux formes de l'affection cancé-

reuse du poumon. Les faits qu'il a recueillis depuis lui ont fait reconnaître un beaucoup plus grand nombre de variétés. Ainsi il a rencontré :

1° Tubercules isolés, arrondis, disséminés dans les deux poumons, de matière encéphaloïde ; tissu intermédiaire sain ;

2° Masses isolées et irrégulières, quelquefois avec dégénérescence ;

3° Tubercules coexistants, les uns consistant en une matière squirrheuse, les autres en une matière encéphaloïde et noire ;

4° Dégénération totale ou partielle du poumon ;

5° Tumeurs encéphaloïdes dans le médiastin postérieur comprimant le poumon ;

6° Mêmes tumeurs coïncidant avec le cancer du poumon lui-même ;

7° Tumeur cancéreuse du médiastin antérieur ;

8° Tissu cancéreux blanc, fluide, enkysté, combiné avec une infiltration cancéreuse blanche du poumon, et caillots cancéreux dans les bronches;

9° Dégénérescence du poumon avec ulcérations à la surface, et soulèvement de la plèvre pulmonaire.

On conçoit assez que ces diverses lésions ont amené dans plus d'une circonstance d'autres altérations, telles que la gangrène, l'empyème, la dilatation des bronches.

M. Stokes expose avec détail la plupart des faits fort intéressants qui viennent appuyer sa classification; mais il cherche à déduire de leur histoire les signes auxquels il serait possible de diagnostiquer sur le vivant le cancer du poumon, signes obscurs sans doute, eu égard surtout aux complications, mais qu'une analyse attentive ferait néanmoins souvent reconnaître.

Et d'abord, dit M. Stokes, il faut distinguer trois cas,

à savoir : 1° des tubercules isolés, 2° une dégénérescence simple avec ou sans ulcération, 3° enfin une tumeur dans les médiastins.

Dans le premier cas le diagnostic est très-difficile, parce que l'irritation et l'ulcération du poumon manquent. La gêne de la respiration et l'état général du malade pourraient seuls inspirer quelques soupçons.

Dans le second, on observe la diminution graduelle du murmure respiratoire sans râle, la matité, enfin tous les signes très-marqués de la carnification complète du poumon.

Dans le troisième enfin, tous les signes de compression du poumon et des autres organes peuvent se manifester: la dysphagie, le sifflement de la trachée, la faiblesse d'un des deux pouls, le déplacement du cœur, du diaphragme, etc.

Toutes les autres maladies chroniques de la poitrine peuvent donner lieu plus ou moins à tous ces phénomènes; mais l'absence d'autres symptômes qui signalent le développement de ces maladies sera aussi une indication. Au reste, suivant M. Stokes, les symptômes les plus importants sont une douleur continue dans la poitrine, un état variqueux des veines du cou, du thorax et de l'abdomen, l'œdème d'un membre, la formation de tumeurs cancéreuses à l'extérieur et une expectoration semblable à la gelée de groseilles.

La poitrine est aussi parfois le siége de diverses déformations telles qu'amplitude d'un des côtés quand la tumeur est considérable, dépression totale ou partielle suivant qu'il y a dégénérescence et rétraction d'un poumon entier ou d'une portion seulement.

III. *Cancer de la colonne vertébrale.* — Observation

par M. Cœsar Hawkins. Le premier cas concerne une femme de 39 ans, chez qui la maladie cancéreuse se manifesta d'abord au sein, et envahit successivement les parties avoisinantes. Il survint pendant le cours des accidents morbides des douleurs dans la région cervicale, augmentant par la pression, de la difficulté dans la déglutition et de la gêne dans les mouvements de la tête. On remarquait aussi une dépression des vertèbres supérieures.

La malade succomba aux désordres causés surtout par l'altération des poumons.

A l'autopsie, entre autres lésions, on trouva le corps de la cinquième vertèbre cervicale irrégulièrement ramolli : ses cellules très-dilatées contenaient une pulpe sanguine. La maladie, dit M. Hawkins, était au premier degré; les fonctions de la moelle n'ont subi presqu'aucun dérangement.

La seconde observation, sauf la gravité plus grande, a beaucoup de rapport avec celle-ci. Jane Hall, âgée de 55 ans, avait déjà été amputée du sein droit, et sur la cicatrice de nouvelles végétations cancéreuses étaient survenues, lorsque les symptômes du cancer dorsal commencèrent à se manifester. Ces symptômes firent de rapides progrès, la paralysie des membres inférieurs, puis de la vessie et du rectum succède à l'engourdissement et à la diminution de la sensibilité. Une apophyse épineuse fait une notable saillie ; la colonne épinière se courbe en sens inverse au-dessus et au-dessous.

Toutes les vertèbres étaient ramollies et vascularisées. Des points de substance blanc-jaunâtre existaient en quantité dans le corps de ces os. De la partie médullaire du corps de la sixième vertèbre dorsale partait une tumeur, qui, s'avançant dans le canal rachidien, avait en partie détruit la moelle dans l'espace de 15 millimètres.

Le tissu de cette tumeur, qui du reste s'était étendue à plusieurs autres vertèbres, offrait un aspect fibreux, d'apparence blanchâtre, avec un peu de substance jaune et molle dans les interstices.

Dans l'exemple suivant, le cancer était primitif. Un homme de 74 ans, après avoir été exposé au froid pendant quelques heures, ressent dans la région du cou une violente douleur, de forme rhumatismale. Elle s'accompagne bientôt de gonflement à gauche, puis concurremment à droite. A la nuque le siège de la tuméfaction semblait sous-jacent aux muscles, et on croyait y sentir de la fluctuation. Le moindre mouvement provoquait la plus vive douleur. Le bras gauche fut paralysé ainsi que la jambe du même côté.

Le gonflement dépendait d'une tumeur dense correspondant aux deuxième et troisième vertèbres. Os et parties molles étaient confondus. En dedans du canal, du côté gauche, le nouveau produit avait anticipé sur la moelle. Il était blanc lardacé et ramolli au centre.

Enfin, le dernier fait offre des particularités remarquables. Charles Gilson, âgé de 4 ans seulement, est opéré au mois d'octobre d'une tumeur cancéreuse à la narine gauche. Au mois de janvier suivant, il sort presque guéri, mais pour rentrer un mois après, pâle, défait, fébricitant, ne pouvant se remuer : successivement il a de la paralysie, de l'incontinence d'urine et des matières fécales, des épistaxis, une gangrène à la joue gauche, une tumeur au bas du sternum ; la mort a lieu le 12 mai.

L'os maxillaire, l'éthmoïde et le sphénoïde avaient subi la transformation médullaire. Le mal avait pénétré au dehors et au dedans. Néanmoins le cerveau était sain. La tumeur du sternum, grosse comme une noisette, était solide, demi-cartilagineuse, d'un blanc jaunâtre, et il

ne
ex
ce
M.
de
fo
d
G
l'
l

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ANGLAIS.

Observation d'hémoptysie mortelle chez les enfants. — Nouvelle variété d'anévrysme faux. — Anévrysme de la partie inférieure du fémur. — Passage d'une épingle à travers l'appendice vermiforme pour pénétrer dans la vessie.

Observations de morts subites par hémorrhagie pulmonaire chez les enfants, par Cathcart Lees, médecin du dépot et des indigents de l'hôpital, pour les enfants malades de Dublin. — 1re Obs. — Un petit garçon de six ans, d'un tempérament lymphatique, à cheveux blonds, à peau blanche, mais n'offrant aucune trace d'engorgement des glandes, était atteint depuis quelque temps de phthisie pulmonaire, lorsqu'il fut pris subitement, le 1er mars, d'une hémoptysie très-abondante qui s'arrêta bientôt; mais elle revint le 4, et l'enfant expira au milieu d'efforts de toux pour rendre de gros caillots de sang.

A l'autopsie, on trouva le poumon gauche affaissé, aplati contre la colonne vertébrale, la cavité de la plèvre remplie par de la sérosité sanguine, au milieu de laquelle on rencontrait quelques caillots; pas de traces de pus ni de fausses membranes : en haut et en arrière du lobe inférieur du poumon gauche, existait une cavité du volume d'une noix, remplie par du sang coagulé. Les parois de cette cavité étaient molles, irrégulières, d'une couleur foncée, et n'étaient point revêtues par une membrane : on n'y remarquait point de bandes transversales; mais, en introduisant un stylet dans une branche de l'artère pulmonaire voisine de cette cavité, on trouvait qu'un

rameau volumineux de ce vaisseau, s'ouvrait sur une de ses faces par une large déchirure qui évidemment avait fourni le sang. Le parenchyme pulmonaire était ramolli, d'une couleur olivâtre, d'une odeur gangréneuse. Un gros tuyau bronchique s'ouvrait dans cette caverne, et était, ainsi que la trachée, rempli de sang coagulé. Le sommet de ce poumon, et le poumon droit dans toute son étendue, étaient envahis par des tubercules miliaires. Les ganglions bronchiques étaient tuméfiés et ramollis.

2e Obs. — D. H. âgé de trois ans, ayant les cheveux et les yeux noirs, était atteint de phthisie pulmonaire. Il fut pris d'hémoptysie presque en même temps que le sujet de l'observation précédente : l'hémorrhagie s'arrêta pour reparaître le troisième jour et amener la mort.

On trouva en arrière du sommet du poumon gauche, une cavité tuberculeuse du volume d'un œuf de pigeon. Elle était revêtue par une membrane distincte, et traversée par plusieurs branches de l'artère pulmonaire; l'une de ces branches s'ouvrait dans la cavité accidentelle. Au point correspondant, la plèvre était épaissie et offrait des adhérences intimes. Le poumon semblait plus volumineux que celui du côté opposé ; il était dense et entièrement occupé par des tubercules miliaires ; le poumon droit était également parsemé de tubercules, et les ganglions bronchiques volumineux. L'estomac contenait beaucoup de sang et des caillots : intestin pâle : dépôt tuberculeux dans le foie : ganglions mésentériques tuméfiés et envahis par la matière tuberculeuse. Pas de gonflement des glandes du cou.

3e Obs. — E. B. âgée de neuf mois, assez bien développée, mais pâle, à cheveux noirs, pas de tuméfactions ganglionnaires. A l'hôpital depuis huit mois : depuis lors

affectée d'aphonie, sans dyspnée et sans toux croupale. La mort fut amenée par une abondante hémoptysie.

L'ouverture de la glotte était presque entièrement obstruée par un dépôt fibrineux qui recouvrait les cordes vocales et pénétrait dans les ventricules du larynx. A la partie supérieure et postérieure du lobe inférieur du poumon gauche existait une grande cavité irrégulière dont la face interne avait un aspect granulé et ne paraissait point tapissée par une membrane. Trois ou quatre branches de l'artère pulmonaire la traversaient : l'une de ces branches était encore perméable au sang et présentait une déchirure vers le centre de la caverne. Ce poumon était, comme dans l'observation précédente, fort dense et envahi par la matière tuberculeuse.

Ces observations, comme l'observe l'auteur, sont curieuses sous deux rapports : premièrement, comme exemples d'hémoptysie chez des sujets très-jeunes, phénomène rare, comme on sait, dans la phthisie à cette époque de la vie, et secondement, comme ayant permis de reconnaître la source de l'hémorrhagie dans la déchirure d'un gros vaisseau traversant une caverne, disposition indiquée par les auteurs, mais dont il existe peu d'exemples authentiques, (Dublin *Journal of medical science*, n. 62, p. 250.)

Sur une variété nouvelle d'anévrisme faux, par A. Liston, chirurgien de l'hôpital de l'université de Londres. — L'attention de l'auteur a été portée dernièrement d'une manière particulière sur les communications qui s'établissent entre les gros vaisseaux et la cavité d'abcès situés dans leur voisinage. Le fait suivant l'a engagé à s'occuper de ce sujet.

G. A., âgé de neuf ans, est gravement malade depuis

six ans environ, et se trouve dans un état de faiblesse très-grand. Il y a deux mois qu'à la suite de violents accès de toux avec fièvre, une petite tumeur a paru au cou, immédiatement au-dessous de l'oreille droite. Cette tumeur a augmenté lentement jusqu'à deux ou trois jours avant l'entrée du malade à l'hôpital, qu'elle a pris un développement rapide et brusque. A son entrée, le 20 octobre 1841, on observa que la tumeur s'étendait depuis l'angle de la mâchoire en haut, jusqu'à un pouce au-dessus de la clavicule en bas, au bord postérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien, qu'elle soulevait en arrière et en avant jusqu'au milieu du bord inférieur du maxillaire. Profondément, la tumeur faisait saillie dans la bouche entre les deux arcades maxillaires, et mettait notablement obstacle à la déglutition et à la respiration. On percevait distinctement une fluctuation obscure, et, sur le trajet de la carotide, on sentait de faibles battements. Mais en saisissant la tumeur et en l'examinant par la bouche, on ne pouvait y reconnaître des pulsations. Une petite ponction fut faite dans la tumeur, que l'on croyait contenir du pus; mais il se fit un jet de sang artériel, et en quelques secondes il en sortit quatre onces. La petite plaie fut réunie par des aiguilles à suture et des fils entrecroisés : l'hémorrhagie fut arrêtée. Il fallut se résoudre à faire le lendemain la ligature de la carotide.

Pendant la nuit, il ne s'était pas fait d'hémorrhagie mais la tumeur était tendue et avait été couverte de refrigérants. Pour procéder à l'opération, on fit une petite incision d'un pouce et demi, dirigée transversalement au niveau de l'extrémité sternale de la clavicule : une seconde incision, perpendiculaire à la première, suivait le trajet de la trachée artère. On forma ainsi un lambeau angulaire qui fut rejeté en haut et en dehors. L'attache

sternale du muscle sterno-mastoïdien fut incisée ainsi que les muscles sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien. Enfin, la carotide fut découverte un peu au-dessus de son origine au tronc innominé ; on en fit la ligature en ce point. Toutes les difficultés que l'on éprouva dans le cours de l'opération provenaient de la petitesse de l'incision externe. La tumeur s'avançait si bas sur le cou, qu'on ne pouvait prolonger l'incision en haut, et qu'il fallut chercher l'artère cachée profondément au fond de cette petite plaie. Le lambeau fut rabattu et maintenu par des bandelettes adhésives, L'enfant ne se plaignit que fort peu après l'opération; la tumeur diminua et devint plus dure, les mouvements de la mâchoire, auparavant si bornés, étaient devenus plus libres et moins douloureux. La pupille de l'œil droit, qui était précédemment contractée et peu sensible à la lumière, avait repris sa motilité et sa sensibilité. Le malade dormit bien pendant la nuit.

Le 25, on enleva les épingles et les sutures et on les remplaça par des bandelettes agglutinatives. Le 28, il sortit un peu de sang grumeux par la plaie ; le malade était gai et dispos. Les choses marchèrent bien et la tumeur alla en diminuant de volume jusqu'au 3 novembre, qu'un jet de sang artériel se fit jour par la plaie de la partie antérieure du cou : la ligature était solidement fixée. L'hémorrhagie fut momentanément arrêtée en tamponnant la plaie; mais une quantité considérable de sang avait été perdue. Six fois l'hémorrhagie reparut et le malade mourut quarante-huit heures après la première apparition de l'écoulement de sang.

A l'autopsie, on trouva la ligature placée tout près de l'origine de la carotide au tronc innominé : le vaisseau n'était pas complétement séparé : une petite portion du

côté externe était encore entière. Une déchirure exista à l'artère et la mettait en communication avec une espèc de poche assez vaste que M. Liston croit avoir été u abcès.

Ce fait a donné lieu à des discussions fort longues. Beaucoup de chirurgiens n'ont vu là qu'un cas d'anévrisme faux ; d'autres ont adopté la manière de voir l'auteur. Il est difficile de se prononcer entre ces deu opinions avec la brièveté de détails que fournit l'abrégé donné ci-dessus. Il faut pour cela attendre que M. Liston ait publié son observation avec tous ses détails.

(London *Medical Gazette*, 1842.)

Observation d'anévrisme de la partie inférieure du fémur, par H. Hargreaves, chirurgien à Burnley. — *Jonathan Driver*, âgé de dix-neuf ans, de constitution délicate, entra à l'hôpital le 5 avril 1842. Cinq mois auparavant il avait fait une chute dans laquelle il avait porté principalement sur le genou gauche, près du condyle interne du fémur. Cet accident parut d'abord n'avoir aucune suite; mais cinq semaines après, il aperçut une petite tumeur située à la partie interne du genou : cette tumeur donnait parfois au toucher la sensation de battements. D'abord il n'en résulta aucune gêne ; mais la tumeur ne tarda pas à augmenter de volume ; elle causa de la douleur, de la raideur dans l'articulation, et bientôt il y eut impossibilité de se servir du membre. Au début de la maladie, un rebouteur avait été appelé : deux jours avant l'entrée du malade à l'hôpital, un chirurgien l'examina, dit que la tumeur contenait du pus et fit une ponction avec une lancette ; mais au lieu de pus, il sortit du sang d'un rouge brillant.

A son entrée, le malade était dans l'état suivant : sa

constitution est détériorée : la peau est sèche, la langue sale, la soif vive, le pouls petit et fréquent, le sommeil nul. La tumeur a pris un développement énorme ; la circonférence du genou est de 94 pouces ; celle du côté sain étant de 11 pouces, cette différence produit une grande déformation de tout le membre. Il y a une dureté mal circonscrite, comme celle qui résulterait d'un dépôt de fibrine ; cette induration occupe tout l'espace poplité, le tiers inférieur de la cuisse, et descend jusqu'au condyle interne du tibia et au-devant de l'articulation du genou, laquelle est infiltrée de sérosité, et est très-élastique au toucher. A l'auscultation, on perçoit un battement sourd, mais cependant distinct sur le trajet de l'artère poplitée ; mais au toucher on ne peut reconnaître ni pulsation, ni frémissement. On entendait quelquefois, au niveau du condyle interne des battements obscurs, mais on ne pouvait toujours les rencontrer. Le stéthoscope n'était donc que d'une ressource négative et ne faisait pas reconnaître de bruit anormal. Les nerfs, les veines et les lymphatiques étaient fortement comprimés, les rapports naturels des os avec les muscles changés, les mouvements de l'articulation douloureux et gênés, la jambe et le pied œdémateux et affectés de douleurs et d'engourdissement ; les veines superficielles sont dilatées, sans qu'il existe de changement de couleur à la peau : le membre est froid ; la compression n'apporte aucun changement appréciable dans son volume ; les ganglions inguinaux sont sains. Après avoir examiné le malade avec grand soin, à trois fois différentes, je pensai, bien que ce diagostic fût rempli d'incertitude, qu'il y avait là un anévrisme diffus de l'artère poplitée, et je résolus de faire la ligature de l'artère fémorale avant de recourir à l'amputation du membre, seule ressource qui

nous restât si la ligature était inefficace. Trois autres chirurgiens furent appelés en consultation le 10 avril, et furent d'avis d'essayer la ligature. Le malade consentait à toutes les opérations qui pouvaient lui donner la chance de conserver son membre; il se refusait absolument à l'amputation.

Le 11 avril, avant de procéder à lier l'artère, une aiguille cannelée fut introduite dans la tumeur au niveau du condyle interne : il sortit de la sérosité mêlée à du sang artériel : je procédai alors à l'opération : le malade ne perdit pas plus d'une cuillérée à café de sang. La plaie fut pansée comme à l'ordinaire, et le membre enveloppé dans de la flanelle.

Le soir, il n'y avait pas eu d'écoulement de sang par la plaie; le malade se plaint de forts battements dans l'artère fémorale, et d'alternatives de froid et de chaleur dans le membre.

12 avril. Il y a eu peu de sommeil pendant la nuit, bien que le malade ait pris une potion opiacée : pouls à 100; langue sèche et couverte d'un enduit épais : soif vive : température du membre, naturelle : circonférence du genou, 22 pouces et demi.

L'état du malade alla tous les jours en s'améliorant jusqu'au 28. La tumeur avait beaucoup diminué. La circonférence du genou n'était que de 17 pouces et demi.

Le 16 avril, la plaie est presque entièrement cicatrisée; mais il se forme des phlyctènes, des excoriations superficielles, puis il survint des épistaxis qu'il fallut combattre par le tamponnement. Le membre commença à augmenter de nouveau et l'on constata chez le malade l'existence d'un purpura hémorrhagica. Dans une consultation qui eut lieu le 28, on reconnut que l'amputation du membre n'était pas praticable. Le malade eut des

hémorrhagies continuelles par la bouche et la gorge, s'affaiblit progressivement, et succomba le 1er mai, à huit heures du matin.

Autopsie huit heures après la mort.—Une incision faite dans l'espace poplité donna issue à beaucoup de sérosité : en la prolongeant plus profondément, je mis à nu un véritable sac anévrismal qui s'étendait jusqu'au tiers moyen du fémur ; il était plein de sang liquide et de caillots fibrineux ; les parois de la poche étaient d'une substance cartilagineuse parsemée d'une matière osseuse. La quantité de sang liquide, d'une couleur foncée, contenue dans le sac, était d'environ 4 livres. L'extrémité inférieure du fémur n'était gonflée ni au-dessus ni au-dessous du point où le sac avait comprimé cet os, et paraissait n'avoir éprouvé aucune altération ; mais dans le point qui avait été comprimé, la substance osseuse avait été en partie absorbée, et l'os avait une texture aréolaire. Il était difficile de reconnaître si le sac était formé par le périoste ou s'il avait une origine distincte. Les tendons, les muscles, les nerfs, les vaisseaux sanguins, ne présentaient rien d'anormal ; il n'y avait aucune apparence qui pût faire croire à une tumeur de mauvaise nature, puisqu'elle ne contenait que du sang. L'artère poplitée, la veine et le nerf étaient placés au-dessus du sac anévrismal. La plaie faite pour lier l'artère était cicatrisée; mais la ligature tenait encore très-fortement. Ayant incisé l'artère suivant sa longueur, on trouva au-dessus du lien un caillot solide de trois quarts de pouce de longueur, de forme conique, qui oblitérait le vaisseau. Le sac n'avait aucune communication avec l'artère poplitée qui paraissait complètement saine. Il est à regretter que l'autopsie n'ait pu

être faite plus à loisir, que le membre n'ait pu être injecté de manière à trouver l'origine de la maladie (1).

(London, *Medical Gazette*, june 1842, p. 388.)

Passage d'une épingle à travers l'appendice vermiforme pour pénétrer dans la vessie; par le docteur W. D. Kingdon, médecin du dispensaire d'Exeter.— J. P., âgé de sept ans, se réveilla pendant la nuit, au commencement de janvier 1836, se plaignant d'une envie pressante d'uriner, avec impossibilité de la satisfaire. A grand'peine pouvait-il rendre deux ou trois gouttes d'urine. Cet état persista pendant une semaine environ : un matin qu'il faisait de plus grands efforts qu'à l'ordinaire, il aperçut à l'orifice de l'urètre quelque chose de blanc qu'il retira sans difficulté : c'était un ascaride lombricoïde. Il y eut immédiatement un soulagement notable. On ne fit plus attention à cette circonstance ; mais douze ou treize mois plus tard la dysurie reparut et dura huit ou dix jours ; puis il survint une vive douleur au col de la vessie : le malade disait que quelque chose rampait en dedans du pénis. En l'examinant, sa mère aperçut un ver, qu'elle retira et les accidents cessèrent. Six mois plus tard, mêmes symptômes qui disparaissent au bout de quelques jours par la sortie d'un lombric. Au mois d'octobre 1838, la même chose se représente et a la même issue. Les symptômes reviennent le 11 janvier 1839 avec

(1) Cette observation laisse en effet beaucoup de doute dans l'esprit du lecteur. On est beaucoup plus disposé à y voir un cas d'anévrysme de l'artère poplitée, qu'à adopter la manière de voir de l'auteur. L'absence d'injection, la rapidité de l'examen anatomique que l'auteur lui-même reconnaît avoir été faite à la hâte et en se cachant des parents, justifient les doutes que la lecture de l'observation ne peut manquer de faire naître.

plus d'intensité ; ils durent 2 ou 3 jours : il y eut rétention complète d'urine, et l'on appela pour la première fois un médecin. La sonde donna issue à une quantité considérable d'urine : dans l'après-midi un ver sortit par l'urètre, et comme d'habitude le malade fut immédiatement soulagé. Cependant les douleurs revinrent plus fréquentes et il fallut recourir assez souvent à la sonde. L'appétit diminua, la maigreur se prononça. Plusieurs médecins furent consultés successivement, mais sans avantage pour le malade, dont l'état empira graduellement. Il rendit encore un bon nombre de vers par l'urètre : les douleurs devinrent presque continues : de la matière purulente finit par s'écouler des voies urinaires, et le malade succomba le 15 novembre 1839. Le 20 octobre il était devenu aveugle, et le 24 la vue était revenue.

A l'examen du cadavre, on trouve le canal intestinal congestionné et présentant des traces d'inflammation. Elles sont remarquables surtout dans le colon et le rectum ; l'appendice vermiforme, au lieu d'occuper sa place ordinaire, descendait dans le bassin. A environ un pouce de son extrémité, il adhérait fortement à la partie latérale et supérieure de la vessie, un peu au-dessus du lieu où l'urètre s'unit à cet organe. La vessie était petite et contractée : on sentait dans son intérieur un corps dur qui était un calcul phosphatique d'un pouce et demi de long et de trois pouces de circonférence ; il était placé à l'orifice de l'urètre de manière à empêcher presque complètement la sortie de l'urine. Les parois de la vessie étaient fort épaisses ; ce viscère contenait une assez grande quantité de pus. La membrane muqueuse était ulcérée en deux endroits, et ces ulcérations communiquaient par deux trajets fistuleux fort étroits avec la cavité de l'appendice vermiforme. Les deux uretères étaient très vo-

lumineux et enflammés. Les reins avaient un volume beaucoup plus grand que dans l'état normal ; leur bassinet était fort distendu par de la matière purulente, à ce point qu'il restait à peine quelques traces de la texture de cet organe dans son état d'intégrité.

(*The Medico-chirurgical review*, july, 1842, p. 5.)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

INSTITUT DE FRANCE.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Juillet et août 1842.)

Phrénologie. — Structure, origine et disposition de la membrane caduque. — Mort de M. le baron Larrey. — Organogénie humaine.

Séance du 25 juillet. — *Phrénologie.* — *M. Flourens* fait hommage à l'Académie d'un ouvrage qu'il vient de publier, ayant pour titre : *Examen de la Phrénologie.*

Structure et disposition de la membrane caduque. — *M. Coste* lit un second mémoire sur la membrane caduque utéro-placentaire. Plusieurs auteurs admettent qu'il n'y a point de placenta maternel dans l'espèce humaine, et supposent qu'il n'existe entre la matrice et le placenta fœtal que la simple interposition d'une lame extrêmement mince, qui ne serait en quelque sorte qu'un simple moyen de protection contre le contact trop immédiat de l'œuf. Mais l'observation directe ne confirme point cette opinion. M. Coste a vu, sur la matrice de trois femmes mortes à diverses époques de la gestation, une disposition tout à fait conforme à la description que Hunter [illegible] s sinus placentaires. Il a pu constater

aussi que les innombrables vaisseaux qui vont de l'utérus au placenta fœtal sont toujours portés par la caduque utérine, qui se prolonge dans la totalité de ce dernier, et dont la substance, en quelque sorte hypertrophiée, occupe toute l'épaisseur et mêle aux villosités fœtales du chorion un véritable placenta maternel enrichi du plus abondant réseau que l'on puisse imaginer. Il résulte des recherches de l'auteur :

1° Que la caduque utérine constitue, avec la membrane qui tapisse la face externe du placenta et en pénètre toute l'épaisseur, une seule et même chose, puisque ces deux parties sont la continuation directe de l'autre, et que le même appareil vasculaire forme dans leurs parois un système spécial tout à fait caractéristique, donnant à leur ensemble, pour ainsi dire, une sorte d'individualité ;

2° Que, dès-lors, la membrane caduque utérine se trouvant exister tout aussi bien entre le placenta et la matrice que partout ailleurs, forme, par conséquent, autour de l'œuf une tunique complète qui l'enveloppe de toutes parts ;

3° Qu'elle constitue, au milieu des villosités choriales, une trame à sinus sanguins qui contribue à former le placenta, puisqu'elle maintient ces villosités réunies en bloc, sous forme de gâteau ; et que, par suite, il faut admettre l'existence d'un placenta maternel ; car la portion de la caduque qui le constitue tient à la matrice par continuité de tissu, et prolonge les vaisseaux de la mère jusqu'à la face fœtale de ce même placenta.

Séance du 1er août. — M. le Président annonce à l'Académie la mort de M. le baron Larrey.

Origine et structure de la caduque. — *M. Coste* ré-

pond aux réclamations de M. Lesauvage en signalant les oppositions suivantes entre la manière de voir de cet auteur et la sienne propre :

1° M. Lesauvage croit qu'à l'époque de la conception, un fluide est versé dans l'utérus dont il remplit la cavité, et que la membrane caduque résulte d'une sorte de cristallisation de la superficie de ce même fluide. M. Coste pense au contraire que ce *fluide primordial* n'existe pas, du moins au moment où la caduque se forme, et que, par conséquent, cette membrane a une autre origine que celle que M. Lesauvage lui suppose.

2° M. Lesauvage admet que des vaisseaux indépendants de ceux de l'utérus se forment dans la caduque. — Les faits que M. Coste a exposés devant l'Académie tendent, au contraire, à prouver que ces vaisseaux sont un prolongement, une extension de ceux de la matrice ; et, sous ce rapport encore, il y a entre les opinions de ces deux auteurs une divergence complète.

Séance du 8 août. — *Organogénie humaine.* — *M. Serres* présente à l'Académie un ouvrage qu'il vient de publier, intitulé : *Principes de l'organogénie, contenant l'exposé des règles que suivent les organismes de l'homme et des animaux dans le cours de leur développement.*

L'idée, dit M. Serres, que les organismes de l'homme et des animaux sont semblables à eux-mêmes à toutes les périodes de leur existence est déjà loin de nous.

L'idée contraire, ou celle qui les suppose différents aux époques principales de leur formation a surmonté enfin les obstacles de diverses natures qui rendaient si difficile sa réalisation.

Personne ne croit plus maintenant que l'embryon soit

une miniature de l'animal parfait. Tous les anatomistes de nos jours s'accordent pour reconnaître qu'il ne parvient à ce dernier état qu'après avoir traversé des états primitifs ou secondaires, qui lui servent en quelque sorte d'échelons.

La science est unanime sous ce rapport; elle ne l'est pas encore concernant les règles que suivent en se développant les divers organismes. Mais le fait capital étant hors de doute, les physiologistes ne peuvent tarder à s'accorder sur le mode d'après lequel il s'accomplit.

La modification importante introduite par les professeurs du Muséum dans le programme de la chaire d'anatomie humaine de cet établissement est surtout de nature à favoriser ce résultat.

Si jusqu'à ces derniers temps l'enseignement de l'anatomie de l'homme était presque resté étranger aux progrès immenses de la zoologie et de l'anatomie comparée, les professeurs du Muséum, et particulièrement mon prédécesseur, M. Flourens, ont parfaitement compris qu'il était nécessaire de le mettre au niveau de celui des sciences naturelles. C'est aussi ce que je me suis efforcé de faire depuis trois ans que je suis chargé de cet enseignement.

Mais nul ouvrage ne présentant la science physique de l'homme sous l'aspect d'après lequel j'ai dû l'envisager au Muséum, plusieurs des personnes qui m'ont fait l'honneur d'assister à mes leçons ont pensé qu'il pouvait être utile d'en publier un sommaire, soit pour en faciliter l'intelligence à notre jeunesse studieuse, soit pour lui servir de guide dans le mouvement rapide imprimé, ces dernières années, aux sciences anatomiques et physiologiques. Telle est l'origine de la publication de cet ouvrage, tel est le but que je me propose d'atteindre.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

(Juillet et août 1842.)

Taille pratiquée pour une tumeur de la prostate. — Histoire de l'anatomie. — Action du nitrate d'argent sur la conjonctive. — Mort de MM. Pelletier et Edwars. — Fièvre jaune. Mort de M. le baron Larrey. — Hernie graisseuse de la paroi abdominale. — Projet d'une enquête sur le meilleure traitement de la fièvre typhoïde.

Taille pratiquée pour une tumeur de la prostate. — *M. Ripault*, de Dijon, lit l'observation d'une tumeur volumineuse de la prostate, ayant fait croire à l'existence d'un calcul vésical, et pour laquelle on pratiqua l'opération de la taille sans rien trouver.

Je fus appelé il y a quelque temps, dit M. Ripault, pour assister à une opération de la taille. Le malade était un homme âgé, chez lequel tous les signes rationnels de la pierre se trouvaient réunis. Ainsi que beaucoup de mes confrères, je constatai le bruit caractéristique résultant du choc de la sonde contre un corps dur, et, comme eux, je conclus à l'existence d'un calcul vésical. L'opération fut faite par la méthode latéralisée; mais la vessie, une fois ouverte, les tenettes introduites à plusieurs reprises ne rapportèrent que des caillots sanguins. On soupçonna une pierre enchatonnée ou enkystée; mais l'opération dut en rester là. Néanmoins, les douleurs que le malade éprouvait auparavant se dissipèrent et restèrent quelques mois sans reparaître. Mais bientôt elles revinrent avec une nouvelle force, les difficultés d'uriner augmentèrent, l'urine devint ammoniacale, une fièvre presque continue vint aggraver cet état morbide, et le sujet succomba six mois après l'opération.

L'examen du corps dut être fait avec précipitation. Cependant on put constater que la prostate était très-

volumineuse et formée par un tissu dur, fibreux, dont la coupe reproduisait assez exactement l'aspect de la corne. Alors même, en frappant sur la prostate avec une sonde, on reproduisait la sensation du choc qui en avait imposé pendant la vie.

Commissaires : MM. Velpeau et Ségalas.

Histoire de l'anatomie. — M. *Malgaigne* lit un mémoire ayant pour titre : *Etudes sur l'anatomie et la physiologie d'Homère.* (Nous regrettons de ne pouvoir donner, par l'analyse, une idée de ce travail attachant dont la lecture a constamment excité l'attention la plus soutenue.)

Action du nitrate d'argent sur la conjonctive. — M. le docteur *Delasiauve* lit une note relative à des expériences faites sur la conjonctive des animaux avec la solution concentrée de nitrate d'argent. Après avoir fait un attouchement avec un pinceau imbibé de cette substance sur la conjonctive d'un lapin, l'animal fut abandonné à lui-même. Au bout de trois jours, on le trouva les paupières fermées, tuméfiées ; un liquide purulent abondant baignait leur surface interne, ainsi que le globe oculaire. Examiné trois semaines environ après l'opération, la phlegmasie avait disparu; mais le leucoma qu'elle avait produit persistait, et depuis lors les cornées sont restées le siége d'une opacité partielle. M. Delasiauve montre l'importance que peuvent avoir en pathologie humaine ces phénomènes artificiellement provoqués, surtout si on les compare avec les effets observés sur l'homme malade.

Commissaires : MM. Velpeau et Bérard.

La séance est levée à quatre heures et demie.

SÉANCE DU 26 JUILLET. — M. le président annonce à l'Académie la mort de deux de ses membres, MM. Pelletier et Edwards.

Fièvre jaune. — M. CHERVIN fait un rapport sur un mémoire de M. le docteur Rufz, consacré à la description de la fièvre jaune qui a régné à la Martinique pendant les années 1838 et 1839. Cette lecture sera continuée à la prochaine séance.

M. THOMAS lit un mémoire sur l'épidémie de fièvre jaune qui a régné à la Nouvelle-Orléans pendant l'automne 1841. Dans ce mémoire, l'auteur se pose franchement en adversaire de la contagion.

SÉANCE DU 2 AOUT. — M. le président annonce à l'Académie la mort de M. le baron Larrey.

Hernies graisseuses de la paroi abdominale.—M. DENONVILLIERS présente à l'Académie la paroi abdominale d'une femme sur laquelle on voit une de ces tumeurs designées sous le nom de *hernie graisseuse de la ligne blanche*, qui sont, comme on sait, formées par un peloton de graisse solide, développée entre la peau et les aponévroses, et s'engageant en partie à travers quelques éraillures de la ligne blanche, ou bien ayant son origine à la face externe du péritoine, et s'étant fait jour à l'extérieur à travers une des éraillures indiquées.

Dans le cas actuel, la tumeur graisseuse présente ceci de très-curieux que : 1° c'est à travers l'anneau ombilical lui-même qu'elle s'est fait jour, de sorte qu'elle mérite vraiment le nom de hernie graisseuse ombilicale ; 2° elle rentre et sort librement de manière à se placer alternativement devant ou derrière la paroi abdominale et à simuler parfaitement une véritable hernie intestinale ou épiploïque.

Une circonstance donne à cette observation un intérêt particulier, c'est que la femme sur qui a été recueillie la pièce était affectée d'une péritonite à laquelle elle succomba, dont on n'avait pas vu le début, et qui simulait par ses symptômes ceux d'un étranglement, de telle sorte que leur coïncidence avec la tumeur ombilicale fit croire à quelques personnes qu'il s'agissait d'une hernie ombilicale étranglée. On sait que la science possède un certain nombre d'exemples d'erreurs de ce genre, et que l'erreur fut même poussée à ce point que l'opération fut pratiquée. Toutefois, M. Denonvilliers ne se laissa pas prendre à ces apparences, et annonça, avant la mort de la malade, l'existence de quelque tumeur graisseuse coïncidant avec une péritonite. Il ne pouvait concilier l'idée d'une hernie étranglée avec la persistance des accidents après que la tumeur eût été réduite, à moins d'admettre un étranglement par le collet du sac, et la réduction en masse de la hernie encore enveloppée de son sac et emportant avec elle, dans l'abdomen, la cause de l'étranglement. Or, c'est ce qu'il devait regarder, et ce qu'il regardait en effet comme impossible, dans une région où le péritoine est si intimement uni à la paroi abdominale.

SÉANCE DU 9 AOUT. — *Projet d'une enquête sur le meilleur traitement de la fièvre typhoïde.* — M. Bouillaud développe à l'Académie le projet d'une enquête sur le meilleur traitement de la fièvre typhoïde. Après une assez longue discussion l'Académie adopte la proposition de nommer une commission pour examiner ce projet d'enquête.

SOCIÉTÉ DE MEDECINE DE PARIS.

Teigne faveuse guérie par la cautérisation avec le nitrate acide de mercure. — Extirpation d'un corps fibreux de l'utérus, du volume d'un œuf de poule.

M. *Devergie* demande la parole pour communiquer une observation de teigne faveuse (favus scutiformis) datant de cinq ans, guérie au moyen d'une seule cautérisation avec le nitrate acide de mercure du Codex.

Alphonse F., âgé de dix-huit ans, d'un tempérament lymphatique, n'avait jamais eu aucune affection de la peau, lorsqu'il y a cinq ans, il reçut un coup sur le sommet de la tête. Peu de temps après, il se manifesta de vives démangeaisons au cuir chevelu, et la maladie indiquée plus haut se déclara.

Il dit qu'aucun des enfants qu'il fréquentait alors n'était atteint de la même maladie.

On lui fit subir plusieurs traitements dans son pays, mais sans aucun succès. Il prit enfin le parti de se rendre à Paris, et fut admis dans le service de M. Devergie, à Saint-Louis, le 24 juillet 1841.

Sur divers points du cuir chevelu, au sommet de la tête, et notamment sur le côté droit, existait une foule de godets d'un blanc jaunâtre, à bords saillants, arrondis, relevés, et comme renversés en dedans, dont l'étendue variait entre la plus petite dimension et la largeur d'une très-grosse lentille. La plupart de ces godets étaient réunis; tous étaient traversés par des cheveux. Quand on les détachait, la peau sous-jacente était rouge, déprimée, luisante, et comme lubréfiée par une humeur visqueuse. Elle paraissait dépourvue d'épiderme.

Ces godets, examinés au microscope, présentent tous les caractères d'une arborisation.

Le 31 juillet, j'humectai chaque godet avec un pin-

ceau trempé dans une solution de nitrate acide de mercure, et je fis en sorte de ne pas intéresser la peau. Les godets prirent aussitôt une teinte rougeâtre très-prononcée.

Dans la journée, le malade éprouve, pendant quelques heures, de la chaleur ou de la douleur vers la partie cautérisée.

Le lendemain, tous les godets étaient noirâtres. Pas de gonflement de la peau.

Le 5 août, sixième jour de la cautérisation, tous les godets sont tombés; la peau est un peu rosée, mais recouverte d'épiderme.

Les jours suivants, elle reprend sa couleur naturelle. Il ne reste plus de trace de l'affection, si l'on en excepte une très-petite production épidermique qui embrasse l'origine des cheveux. Cette production épidermique ne présente aucun des caractères de la végétation qui constitue les godets du favus; mais elle offre les conditions de l'écaille épidermique.

Le malade reste à l'hôpital jusqu'au 21 septembre, c'est-à-dire quarante-six jours après la guérison du favus, et l'on n'observe aucune reproduction de la maladie.

M. Devergie ajoute qu'il a en ce moment dans ses salles un *favus vulgaris* qu'il traite de la même manière. Il a tout lieu de croire que la guérison ne se fera pas longtemps attendre.

M. *Collineau* fait observer qu'il y a des malades atteints de *favus* depuis quinze ou vingt ans, et que, dans ce cas, il ne serait peut-être pas prudent de faire disparaître la maladie aussi brusquement que vient de le faire M. Devergie.

M. *Devergie* répond qu'en thèse générale, un malade,

affecté d'une éruption morbide à la surface de la peau, doit être soumis à l'emploi des purgatifs deux fois par semaine. C'est ainsi que les choses se passent ordinairement dans son service. Cette précaution, ajoute M. Devergie, m'a paru inutile pour un malade atteint d'un *favus* discret. La disparition de cette végétation ne semble devoir exercer aucune influence fâcheuse sur la santé du malade.

M. *Hourmann* demande à M. Devergie s'il reconnaît au nitrate acide de mercure une propriété particulière qui doive le faire préférer à tout autre caustique.

M. *Devergie* croit que tout autre caustique ayant la même énergie sera également bon.

M. *Camus* assure que le nitrate acide de mercure, affaibli par l'addition des trois quarts d'eau, guérit sûrement et par une seule application les taches brunes rougeâtres qui existent parfois en si grand nombre sur le corps, et qu'on désigne généralement sous le nom de taches hépatiques. Le nitrate acide dont se sert M. Camus est d'abord affaibli par l'addition, dans le flacon, d'une certaine quantité de mercure cru qui s'empare de l'excès d'acide, et ensuite par l'addition d'environ trois parties d'eau sur une partie de la solution.

M. *Guibourt* fait remarquer, que, quand on prescrit vaguement le nitrate acide de mercure, on s'expose à obtenir une action trop faible ou trop forte. Le médecin doit spécifier la quantité d'acide en excès, sous peine de subir l'arbitraire du pharmacien.

M. *Bourgeois* dit qu'il comprend qu'on attaque avec le caustique un *favus* discret, mais qu'il n'oserait pas donner le conseil d'en agir ainsi avec le *favus* confluent.

M. *Devergie* répond qu'il n'attaque le *favus* confluent que dans l'étendue de quatre à cinq centimètres par jour.

Le succès obtenu par la cautérisation lui paraît d'autant plus digne d'attention que tous les hommes qui s'occupent journellement de maladies de peau savent que le *favus* résiste souvent pendant un an et plus aux moyens mis en usage pour le combattre.

M. Sandras rappelle qu'il a guéri des *favus* par l'emploi du beurre frais en friction, aidé par des cataplasmes qui avaient pour effet de faire tomber la croûte. L'usage, continué pendant cinq ou six semaines de frictions faites avec une pommade composée d'axonge et de carbonate de soude, suffisait pour achever la cure.

M. Devilliers a vu employer avec succès la potasse du commerce dans le traitement de la teigne-faveuse, après qu'on avait préalablement fait tomber les croûtes au moyen de cataplasmes.

La discussion soulevée par la communication de M. Devergie étant épuisée, *M. A. Bérard* met sous les yeux de la société un corps fibreux du volume d'un œuf de poule moyen. La femme qui le portait était atteinte depuis plusieurs années de pertes utérines continues depuis dix mois. Elles avaient amené une émaciation extrême et faisaient craindre pour les jours de la malade. Le toucher vaginal permettait de constater dans le col entre ouvert un corps étranger, charnu et dur. L'introduction du *speculum* permit une exploration plus complète à l'aide d'un stylet circonscrivant ce corps étranger et la détermination de son lieu d'implantation au moyen d'un pédicule sur un point des parois du col utérin.

M. Bérard procéda à l'opération en se servant d'un *speculum* bilvalve. Il pratiqua, à l'aide d'un bistouri boutonné, une incision à droite et à gauche sur la commissure du col. L'orifice se trouvant agrandi d'un ou de deux centimètres de chaque côté, on vit immédiatement

le corps fibreux franchir l'orifice dilaté et descendre dans le vagin. Ce corps fut alors saisi avec des pinces de Musseux et amené, par des tractions modérées mais soutenues, hors de la vulve; le pédicule fut coupé avec des ciseaux et la matrice reprit immédiatement sa position. Il s'est écoulé peu de sang après l'opération. Depuis trois semaines que celle-ci a été faite, il n'est pas survenu le moindre accident, et, sauf un peu de faiblesse dont la malade se plaint encore, la guérison est complète.

M. Tanchou a remarqué que c'était, en effet, chez les femmes faibles et épuisées, pour ainsi dire, par la durée de la maladie que les opérations de cette nature avaient plus de chances de succès. Quand on opère de bonne heure, dit M. Tanchou, souvent la tumeur qui a pris naissance dans le tissu même de l'utérus n'en est pas encore assez détachée; et, après la section, il reste des granulations qui peuvent reproduire la maladie. Il cite à l'appui de son opinion le cas d'une dame qui fut opérée un an après l'apparition de sa maladie. Il y eut récidive; une nouvelle opération pratiquée beaucoup plus tard fut suivie d'un entier succès. M. Tanchou conclut de ces faits qu'il convient de n'opérer que le plus tard possible.

Le secrétaire-général,

PRUS.

Ce 4 juin 1842.

POLÉMIQUE MÉDICALE

ET PHILOSOPHIQUE.

LETTRE SUR LA THÉRAPEUTIQUE DES INFLAMMATIONS; *par* C. FORGET, *professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR CAYOL, ANCIEN PROFESSEUR.

Très honoré maître,

Lorsqu'un homme aussi haut placé que vous dans la hiérarchie du talent consent à s'occuper d'un auteur, même à titre d'adversaire, c'est un hommage implicite qu'il lui rend; car le fort dédaigne le faible, et le silence est un charitable avis à la médiocrité. Mon premier besoin est donc de vous remercier d'abord d'avoir bien voulu vous occuper de mon travail sur la *méningite épidémique*, puis de l'avoir fait en termes honorables, tout en opposant à mes principes la puissance d'une dialectique consciencieuse. (*Revue médicale*, mai 1842.)

Je résume en deux mots le sujet en litige : de ce que, dans le traitement de cette maladie, l'opium a procuré d'heureux résultats à notre honorable confrère M. Chauffard et à moi-même, vous concluez qu'il ne s'agissait point d'une phlegmasie de l'encéphale, mais bien d'une fièvre nerveuse. Dominé par une vénération légitime pour les oracles de Cos, vous nous appliquez dans toute sa rigueur l'aphorisme : *Naturam morborum ostendunt curationes.* Eh bien! c'est précisément à ce malencontreux aphorisme, ainsi qu'à l'interprétation donnée à son congénère, *Contraria contrariis curantur,* que depuis longtemps je méditais de déclarer la guerre. Je saisis donc l'heureuse oc-

casion que me fournit votre honorable agression. Après avoir établi brièvement que l'inflammation est un fait, nous examinerons si la variabilité des moyens qui peuvent la modifier favorablement nous donne le droit d'en nier l'essentialité ou du moins l'importance en application ; car, livré à cet enseignement clinique sur lequel vous-même avez longtemps répandu de l'éclat, je serai sobre de raisonnements, et tâcherai de trouver de solides appuis dans les faits d'observation et de notoriété vulgaires.

« L'inflammation est une maladie caractérisée par la rougeur, la tuméfaction, la chaleur et la douleur. » Cette naïve définition des anciens a résisté aux savantes analyses de l'anatomisme moderne, lequel, en créant l'*hypérémie* comme expression d'un fait anatomique variable dans ses causes prochaines, a sans doute élucidé l'étiologie et le diagnostic différentiel de l'inflammation, mais n'a rien enlevé à la réalité du fait symptomatique. Lorsqu'aux éléments susdits vient se joindre la suppuration, il n'est plus de doute pour personne, et le monde est unanime pour voir et avouer l'inflammation. Or, tels étaient les caractères trop patents de notre épidémie ; aussi ne niez-vous pas, je pense, l'authenticité de l'inflammation encéphalique dans ce cas ; mais plongeant au-delà, dans les obscurités des causes premières, vous voulez y voir une affection primitivement, essentiellement nerveuse, dont la phlegmasie n'était qu'une conséquence, un accident.... Eh bien ! pour parler net, je suis de votre avis, dans ce sens que, pour qu'une partie s'enflamme, j'admets avec le sens commun, qu'il faut que cette partie soit vivante, c'est-à-dire qu'elle soit animée par l'innervation, laquelle est probablement la condition essentielle de la perception du stimulus, comme on dit dans nos écoles. Vous voyez que je ne suis point réfractaire à vos enseignements ;

peut-être même serez-vous ému de l'immense extension que, par cet aveu, je donne à vos doctrines.

Mais où nous conduira, je vous prie, cette interminable ascension vers les causes occultes? Qui nous révélera l'origine et l'essence de cette altération nerveuse, expression vaporeuse d'un fait insaisissable dont se contente un peuple ignorant et superficiel; voire même le peuple des médecins? Or, voilà précisément le nœud de nos dissidences : vous croyez comprendre l'essentialité nerveuse, et je ne doute pas que dans votre esprit pénétrant cette image n'ait un corps. Pour moi, je vous confesse avec humilité n'y voir que ténèbres et suppositions hasardées. Or, depuis que me fut dévolue la terrible responsabilité de la vie de nos semblables, je me suis fait une loi de n'agir jamais qu'à mon corps défendant sur la foi d'une hypothèse. Il me paraît d'ailleurs que l'expérience est faite depuis longtemps, et qu'elle nous coûte assez cher pour qu'il nous en souvienne. En résumé, derrière le fait évident de l'inflammation, il existe nécessairement des agens occultes; mais dans l'impuissance où nous sommes de les définir et de les combattre, force nous est de douter et de n'agir que sur les éléments qu'il nous est donné de saisir et de modifier. Or, ce qu'il y a de patent dans l'inflammation, c'est l'afflux et le séjour permanents du sang dans les tissus doués de vie, c'est l'exaltation de certaines propriétés : sensibilité, calorification, circulation, etc. D'autre part, l'observation directe, fécondée par le raisonnement, a mis en notre pouvoir certains moyens de modérer, dans la plupart des cas, cet appareil morbide; et ces cas échéants, nous appliquons ces moyens. Voilà tout ce que nous savons de réel et de sanctionné par la raison. Que si le résultat trompe nos prévisions rationnelles, nous sommes obligés de recourir à d'autres

moyens que nous nommons alors empiriques. Mais l'empirisme est-il bien dans la nature? Ce mot n'est-il pas l'expression de notre cécité? Les phénomènes du monde vivant ne contiennent-ils pas tous en eux-mêmes la cause conséquente et rationnelle de leur existence? Ceci nous conduit à l'examen du second point de la discussion; aussi bien ai-je hâte de sortir des nébulosités de la métaphysique.

Naturam morborum ostendunt curationes! Tel est l'article de foi sur lequel depuis deux mille ans s'appuie la religion médicale. Comme si la nature des actions thérapeutiques n'était pas pour nous lettre close aussi bien que la nature des actions morbides! O vanité! nous disputons sur les caractères de ce qu'il y a de plus évident : la rougeur, le gonflement, la douleur, et nous nous proclamons édifiés sur l'essence du mouvement dans la molécule vivante! Et pourtant les faits nous brûlent les yeux où notre arrogance reçoit les plus éclatants démentis. *Contraria contrariis curantur,* disons-nous encore, et c'est avec cet élément que nous avons fabriqué la décevante kirielle des ANTI : insigne mystification dont chacun reconnaît le vide, le danger, le ridicule, et dont pourtant on a l'inconséquence de se faire un argument absolu, lorsqu'il s'agit d'étayer ou de combattre de graves principes scientifiques! Certes, l'accord de la pathogénie et du résultat thérapeutique forment une présomption, et nous en usons comme les autres; mais cela ne peut jamais constituer une démonstration péremptoire. Nonobstant, toute la polémique actuelle paraît rouler sur ces deux arguments :

1° Les antiphlogistiques sont les saignées, les émollients, les tempérants; donc tout ce qui ne guérira pas par cet ordre de moyens ne sera pas l'inflammation, CAR:

contraria contrariis curantur; 2° tout ce qui guérira par d'autres moyens que ceux compris dans nos antiphlogistiques ne sera pas l'inflammation, CAR : *naturam morborum ostendunt curationes!* Et la plus simple réflexion, le coup d'œil le plus superficiel jeté autour de nous n'arrêtent pas l'expression de pareils sophismes! Voyons ensemble :

1° Mentionnons d'abord ces maladies rebelles aux traitements les plus rationnels, par le fait de leur intensité, de leur étendue, de l'importance et de la délicatesse des organes affectés : évidemment ici l'échec ne prouve rien.

2° Vous accordez aussi qu'il est des cas où la maladie guérit *malgré* le traitement. Sans quoi toute affection mal traitée serait incurable, et Dieu sait quel fléau serait alors la médecine pour l'humanité.

3° Tout le monde avoue ces phlegmasies chroniques, passives, septiques, où, tout en reconnaissant l'inflammation, on convient que l'indication des antiphlogistiques directs est passée, si jamais elle a existé, et où les toniques, antagonistes des premiers, trouvent leur application rationnelle. Seulement, ces cas sont peut-être plus rares qu'on ne voudrait le faire croire aujourd'hui.

Mais arrivons aux phlegmasies franches, admises par tous, et voyons si nos aphorismes n'y seront pas notoirement convaincus d'imposture. Pour cela, prenons successivement les classes de médicaments autres que les antiphlogistiques directs, ainsi que nous proposons de les appeler par opposition aux suivants qui seraient des antiphlogistiques indirects.

4° *Astringents.* — Ces médicaments, de l'aveu de tous, sont indiqués dans les phlegmasies initiales et ter-

minales, superficielles, aux époques d'invasion et de déclin. Il est même des phlegmasies confirmées qui cèdent merveilleusement à leur emploi, telles sont l'ophthalmie, l'angine, certains érysipèles; et pourtant l'alun, le sulfate de fer, les bois astringents ne sont pas des antiphlogistiques. C'est ce qu'on accorde aisément, parce que l'astriction des capillaires est un phénomène facile à comprendre. Faisons remarquer pourtant, que, si la nuance et l'instant sont mal choisis, la phlegmasie peut fort bien renaître ou s'aggraver malgré ou par les astringents. Ce sont, en quelque sorte, des antiphlogistiques conditionnels.

5° *Irritants* — Quoi de plus irritant que les cantharides, le calorique intense, etc., et pourtant on guérit l'érysipèle par le vésicatoire *loco dolenti* (Dupuytren), ainsi que l'ophthalmie (M. Velpeau). La théorie dit alors qu'une inflammation de cause externe est substituée à une inflammation de cause interne; mais ce n'en sont pas moins des inflammations. Appliqué au voisinage des parties affectées, le vésicatoire dérive ou révulse comme on dit; les irritants sont alors des antiphlogistiques par substitution.

6° *Caustiques.* — Le nitrate d'argent est devenu dans les mains des modernes un des remèdes les plus précieux et les plus répandus; l'ophthalmie, l'angine, l'érysipèle, la variole, l'uréthrite, le chancre, etc., y trouvent un modificateur merveilleux. Or, un praticien vient tout récemment de démontrer devant l'Académie de médecine que le nitrate d'argent, appliqué à l'œil sain, y détermine une inflammation violente. Que le nitrate d'argent resserre, oblitère les vaisseaux enflammés, peu importe; il guérit les inflammations, et pourtant ce n'est pas un antiphlogistique direct.

7° *Résineux.* — Rangés par tous les pharmacologues

parmi les excitants, le copahu, la térébenthine, le goudron constituent des remèdes excellents dans certaines phlegmasies, telles que l'urethrite simple, la cystite chronique, la bronchite, etc.; mais, dit-on, c'est un spécifique des flux muqueux... Et l'eczéma (M. Emery) est-il un flux muqueux? Les flux muqueux ne sont-ils donc pas le plus souvent produits par des inflammations?

6° Les mercuriaux en général, et notamment le sublimé corrosif, ne sont point considérés comme antiphlogistiques directs, et pourtant l'onguent mercuriel guérit l'érysipèle, le panaris, les phlegmasies séreuses (péritonite, pleurésie, hydrocèle, hydartrose, etc.); le calomel en poudre, en pommade, en lotions, guérit des ophthalmies des vaginites, des dermites, etc.; le sublimé forme un excellent collyre résolutif de la conjonctive, sans que pourtant on songe à rien voir de spécifique dans ces affections.

9° *Antimoniaux.* — La pneumonie est le type de l'inflammation; le rhumatisme articulaire aigu ressemble beaucoup aux phlegmasies; or, le tartre stibié à haute dose fait merveille dans la première et peut rendre des services dans le second, abstraction faite de l'élément bilieux. Or, le tartre stibié est un poison âcre. Il y en a qui prétendent qu'il agit comme révulsif. Ce n'est pas ici le lieu d'approfondir cette grave question.

10° *Evacuants intestinaux.* — Les affections gastriques, appelées par les uns irritations gastriques, par les autres embarras saburral ou bilieux, l'entérite diarrhéique ou dyssentérique, l'entérite folliculeuse qui comportent les caractères patents de l'inflammation, sont parfois avantageusement modifiées par les vomitifs et les purgatifs. Pourtant ne vous y fiez pas, et craignez ce jeu dangereux de quitte ou double où ne se hasarde ja-

mais le praticien consciencieux. Eh bien! les partisans des évacuants intestinaux qui veulent bien reconnaître le caractère inflammatoire de ces diverses affections n'ont pas manqué d'arguments pour rationnaliser ces remèdes; ils les ont hardiment comparés à la saignée, sous prétexte qu'ils dépouillent le sang d'une partie de son sérum. Mais encore une fois, peu importe l'explication; ces évacuants sont des irritants, et leur effet curatif est réel; nous l'admettons, car nous l'avons nous-même observé, et ne l'avons jamais nié, quoi qu'on en ait dit.

11° *Narcotiques.* — Nous arrivons au point capital, à celui qui est spécialement le motif et l'objet de cette discussion. Or, tâchons de nous entendre. En affirmant que notre épidémie de méningite fût une fièvre nerveuse, auriez-vous prétendu dire que toutes les méningites sont des fièvres nerveuses? Il y aurait là logomachie, car il est convenu que les caractères distinctifs des affections nerveuses en général sont l'absence de lésions anatomiques appréciables, et aussi l'absence de fièvre. Mais telle n'a pas été votre pensée, et vous avez bien voulu dire que notre méningite différait essentiellement des méningites ordinaires, parce que l'opium lui fut avantageusement appliqué. Je crois avoir démontré, dans un long travail, que, sous tous les aspects, notre méningite épidémique ressemblait à la méningite sporadique. Je n'ai omis qu'un point, c'est celui que vous avez saisi, à savoir, que la curabilité par l'opium pourrait bien constituer une spécialité : c'est que, veuillez me le pardonner, très-honoré maître, je ne pouvais, je n'eusse jamais pu prévoir une telle objection.

Étaient-ce donc des fièvres nerveuses que ces fièvres graves, et surtout ces variolés confluentes, que Sydenham traitait avec tant d'avantage par les opiacés? Je ne crois

pas que ce fussent des fièvres nerveuses que ces deux ou trois cas de délire fébrile traités antérieurement à la clinique par le même moyen, et qui, Sydenham aidant, me mirent sur la voie d'appliquer l'opium à notre épidémie.

Pourtant, mon très-cher maître, le poids de votre autorité eût pu m'ébranler, si, par le plus heureux hasard, il ne se fût offert, il y a quelques semaines, plus d'un an après l'extinction de l'épidémie, un cas venu comme tout exprès pour m'enlever tout scrupule à l'endroit de votre argumentation : c'est celui d'un homme entré à la clinique, en juin dernier, avec une belle méningite, isolée, sporadique, et ressemblant néanmoins *ut ovum ovo* à celles observées pendant l'épidémie (par la raison toute simple que notre épidémie ressemblait exactement à la méningite sporadique), et chez lequel le délire, survivant à la réaction, fut combattu avec le même succès par l'opium, après les saignées préalables, bien entendu.

Veuillez y réfléchir, très honoré maître, et vous ne trouverez pas cela plus étonnant que de voir réussir dans une foule de phlegmasies l'alun, le vésicatoire, le nitrate d'argent, les résines, le mercure, l'antimoine, etc. Il y a plus, de tous les antiphlogistiques indirects, l'opium est peut-être le plus rationnel : il existe, en effet, entre la douleur et la fluxion inflammatoires une fatale réciprocité, une sorte de cercle vicieux, en raison desquels l'une s'entretient et s'augmente par l'autre. Enlevez un des éléments, et l'autre fléchira ; c'est ainsi que les saignées calment la douleur ; et quoi de plus propre à neutraliser cet élément de douleur que l'opium, le calmant par excellence? Vous ne prétendez pas, je pense, que mon opium ait soustrait en quelques heures le pus épanché à la surface de l'encéphale; mais l'opium, en rendant l'encéphale insensible à la stimulation du pus, réduisait celui-ci aux conditions d'un corps inerte, et l'absorption faisait le reste.

Néanmoins, je persiste à penser, avec Sydenham, qu'il convient de modérer préalablement l'orgasme inflammatoire. Un illustre observateur, dont moins que personne vous ne récuserez l'autorité, Stoll, a dit : « Dans tout concours de phlogose avec d'autres maux, quels qu'ils soient, le premier soin qu'on doit avoir, c'est de l'inflammation. » (*Méd. prat.*, tom. III, pag. 296. (Aphor.,) trad. de Mahon.)

Si mon raisonnement n'est pas susceptible de démonstration matérielle, vous avouerez qu'il vaut bien ce je ne sais quoi de nerveux que l'opium aurait dissipé je ne sais comment. Et puis, vous paraissez considérer l'opium comme un antispasmodique pur et infaillible. Hélas, il n'en est pas ainsi, vous le savez bien ; et si l'opium calme parfois les spasmes, s'il guérit le delirium tremens, ainsi que j'en ai vu et publié des exemples, combien est-il d'autres affections nerveuses contre lesquelles il demeure impuissant ! L'épilepsie, le tétanos, la chorée, l'hystérie, la sciatique, la névralgie faciale, etc., etc., lui résistent le plus souvent. Vous voyez donc bien que le succès de l'opium ne prouve pas plus la névrose que son insuccès ne prouve la phlegmasie.

Vous plaisantez avec une aménité des plus courtoises sur mes idées classiques, dont vous rapportez l'origine à la doctrine physiologique. Pardon, cher maître, vous errez diamétralement. Et d'abord, je suis trop heureux d'avoir reçu vos leçons, pour vous le laisser oublier ; ensuite ce n'est pas Broussais, c'est son antithèse, c'est Brown qui a dit : « *Opium, me hercle, non sedat.* » Ce n'est pas Broussais qui a vu l'opium produire des congestions cérébrales, ce sont les cliniciens et les toxicologistes de tous les temps. Avais-je donc si grand tort de m'en défier un peu?

Eh bien ! que deviennent maintenant le *naturam ostendunt curationes* et le *contraria contrariis curantur?* Ne croyez pas pourtant que mon intention soit d'effacer

ces aphorismes et d'épouser cette triste bouffonnerie qu'on appelle homœopathie; ces sentences doivent rester comme expression de faits généraux, mais non pas universels. Nous ne devons les accepter que sous bénéfice d'inventaire, c'est-à-dire en faisant réserve des exceptions, assez nombreuses, vous l'avez vu. Il en sera de même des *anti*, qui, nous le voyez encore, n'expriment que des faits variables et de convention, et dont l'acceptation absolue, tels qu'on nous les donne, aurait pour effet nécessaire de fausser le jugement des adeptes au détriment des malades. Que si l'embarras des classifications nous oblige à les conserver, tâchons au moins de les distinguer en agents directs et indirects, exprimant par ce dernier mot notre ignorance sur le mode d'action intime de ceux qui sortent des catégories classiques. Ces mots, je n'y tiens pas; trouvez-en d'autres, mais distinguons.

Vous voyez aussi que l'observation et le raisonnement nous obligent à séparer le fait pathologique du fait thérapeutique, l'un n'impliquant pas nécessairement l'autre : le premier est positif, immuable, en tant que manifestation extérieure; l'autre est douteux et précaire, en tant que produit éventuel du jeu latent de l'organisme; aussi disais-je en parlant des fièvres typhoïdes : « Si les résultats du traitement constituent une présomption, ils n'ont pas la valeur d'une preuve démonstrative, et dût l'entérite folliculeuse se montrer rebelle aux antiphlogistiques (directs), cela ne suffirait pas pour ruiner notre édifice et mettre à néant les témoignages que nous avons accumulés en sa faveur. » (*Traité de l'entérite foll.*, p. 552.) C'est ce que ne comprendront jamais les esprits superficiels.

Cessons donc de sacrifier à certains préjugés devenus sacrés, parce qu'ils sont antiques et familiers au vulgaire. Sachons accepter les exceptions fatalement attachées à

toutes les lois formulées par la science humaine. N'oublions pas que la sagesse ineffable a des voies qui nous sont inconnues, et que la mystérieuse nature sait, par mille détours cachés, arriver au même but. Convenons enfin qu'en fait de science, comme dans toutes les choses de la vie, l'événement est la raison des pauvres d'esprit, et que les principes peuvent subsister indépendamment de quelques résultats exceptionnels et contradictoires en apparence : car, comme une fois, nous ignorons le lien occulte qui rattache certaines causes à certains effets ; d'où je conclus finalement, très-honoré maître, que certains résultats thérapeutiques ne peuvent détruire nos idées acquises sur la phlegmasie, et que, pour céder parfois à des moyens que la myopie de notre esprit lui croit antipathiques, l'inflammation n'en est pas moins un grave élément de maladie, que la réaction doctrinaire, le sophisme et la vanité n'effaceraient momentanément qu'aux dépens de l'humanité.

Ne croyez pas, cher maître, que mon intention soit ici de convertir personne. Je ne sais quel sage a dit qu'on ne persuade jamais aux hommes que ce qu'ils croient déjà. J'ai dit moi-même quelque part que si la vérité sortait de son puits, l'homme s'efforcerait de l'y replonger, pour se donner le plaisir de la chercher encore : vérités banales, que votre expérience a mûries. Aussi n'ai-je eu pour but, dans cette épître, que de me rappeler au souvenir d'un maître pour qui j'ai conservé la mémoire du cœur, comme pour tous ceux à qui je dois quelques lumières.

Agréez, etc. C. Forget.

RÉPONSE.

De retour à Paris, après une absence de 17 jours pendant laquelle je n'ai pu m'occuper de la *Revue médicale*, je trouve l'impression de ce cahier si avancée, et sa publication déjà si retardée par diverses

causes, que le temps et l'espace me manquent à la fois pour y insérer ma réponse à la lettre de M. le professeur Forget. Je suis donc obligé, à mon grand regret, de réserver cette réponse pour le prochain cahier. Mais je ne veux pas différer de remercier l'honorable professeur de Strasbourg de la bienveillance avec laquelle il a accueilli mes réflexions, et de sa manière si franche, si loyale et si courtoise, d'aborder la polémique. Honneur à M. Forget! il est le premier, et jusqu'ici le seul de l'école anatomique, qui se soit bravement présenté pour croiser le fer de la discussion avec notre école vitaliste. Broussais lui-même, si ardent au combat lorsqu'on l'attaquait sur son terrein, ne répondit jamais à nos provocations les plus pressantes, et se laissa arracher sans mot dire ces concessions successives qui finirent bientôt par ruiner de fond en comble son système. (*Voir* dans la *Revue médicale*, à l'article *Revue analytique des journaux de médecine français*, ma polémique avec les *Annales de la médecine physiologique* de Broussais, depuis le mois de juillet 1831, tome 3 de 1831, page 96, jusqu'au mois de juin 1832, tome 2 de 1832, page 158.)

Je remercie M. Forget, non-seulement de la forme, mais aussi du fond de sa discussion, et de toutes les objections qu'il a soulevées contre la doctrine vitaliste de l'inflammation. Je ne pouvais souhaiter ni un plus riche texte pour le développement et l'application de mes formules de vitalisme, ni un antagoniste plus capable de bien défendre les principes que j'attaque: science, esprit, bonne foi, rien n'aura manqué à cette défense. Si notre vitalisme triomphait d'un tel adversaire, et le ralliait à sa bannière, l'école anatomique n'aurait plus rien de mieux à faire, ce me semble, que de rendre les armes.

CAYOL.

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

Mémoire sur le traitement de l'esthiomène, par le docteur P.-Scipion Payan, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Aix (Bouches-du-Rhône). — Broch. in-8°. 1842.

Ce mémoire a été publié dans le n° de janvier 1842, du journal de la société de Montpellier: il tend à établir des points, qui, assurément, ne sont controversés par personne, mais que l'auteur a établis plus clairement qu'on ne l'avait fait avant lui et qu'il a appuyés sur quatre observations très-probantes. Nous nous permettrons pourtant de faire remarquer, contrairement aux assertions de l'auteur, que la doctrine et la pratique qu'il préconise n'ont rien d'absolument neuf; raison de plus, d'ailleurs,

pour qu'elles soient proclamées bonnes. Nous nous associons pleinement aux conclusions de M. Payan, avec cette restriction, toutefois, que la première proposition et les conséquences qui en découlent souffrent de nombreuses exceptions; et que cette proposition ne doit pas être prise dans un sens aussi absolu que le veut l'auteur. Voici d'ailleurs ces conclusions qui découlent rigoureusement, il faut le reconnaître, des quatre faits authentiques observés par l'habile chirurgien d'Aix et publiés dans le mémoire que nous annonçons.

« 1° L'esthiomène n'est pas, à l'instar des dartres, du cancer, des scrophules, de la syphilis, la signification d'un vice spécial ou constitutionnel; mais il faut plutôt le considérer comme une maladie locale, dépendant seulement de l'altération de la partie où il se manifeste;

« 2° On a tort, par conséquent, d'attacher aux médications générales ou internes autant d'importance qu'on le fait ordinairement, au détriment du traitement local, qui pourtant paraît être le seul curatif, le seul efficace;

« 3° Ce traitement local doit être assez variable selon les cas; mais les topiques doivent être pris parmi les substances qui ont assez d'action pour modifier la vitalité morbide de la surface ulcérée, comme l'onguent de styrax ou le styrax liquide lui-même dans quelques circonstances, ou bien pour la désorganiser, comme les caustiques divers;

« 4° Il y a un choix à faire parmi ces derniers; les caustiques liquides, tels que l'acide nitrique, le nitrate acide de mercure tant vanté contre cette maladie, sont cependant peu efficaces souvent, parce que leur action est trop passagère; et, sans vouloir interdire leur usage qui peut recevoir des applications, il est généralement plus sûr de leur préférer la poudre de Rousselot, le sublimé corrosif, la pâte caustique de Vienne, mais surtout les deux premiers, parce que leur action se continuant plus longtemps, a plus de puissance sur la ténacité et la nature du mal que l'on veut détruire;

« 5° Le styrax liquide et l'onguent de styrax nous ont paru être de bons adjuvants des caustiques, ayant pu même les sup-

pléer presque dans quelques cas, comme l'a constaté Alibert, et comme le témoigne notre première observation ;

« 6° Il importe, dans le traitement du lupus, et quand ce traitement touche à sa fin, de ne pas oublier cette loi pathologique : qu'une plaie quelconque, quand elle existe depuis longtemps, constitue une sorte d'émonctoire naturel qui nécessite souvent, pour la sûreté de la guérison et de la santé générale, l'ouverture d'un fonticule qui supplée l'émonctoire que l'on dessèche. »

Des parasites cutanés de l'homme, théorie rationnelle de la cause et du traitement des maladies de la peau, par J. Hereau.

Nous croyons faire plaisir à l'auteur de cette mince brochure en reproduisant fidèlement l'épître dédicatoire qui suit :

A Messieurs les membres de l'Institut, de l'Académie royale de Médecine et du Conseil général des hôpitaux et hospices de la ville de Paris.

Messieurs,

Des faits nombreux que nous avons constatés et dont nous avons patiemment recueilli les observations pendant plus de vingt-cinq années d'exercice, soit dans les hôpitaux, soit dans le cours d'une pratique étendue, il résulte que toutes les maladies connues sous le nom générique de dartres, même les plus graves et les plus invétérées, peuvent être guéries dans un temps moyen de deux mois, quelques-unes même en très-peu de jours, par un traitement peu coûteux, point douloureux, nullement gênant, et dont l'innocuité est complète lorsqu'il est employé par des mains exercées.

Basée sur ces données, la publication de notre *théorie rationnelle de la cause et du traitement des maladies de la peau* n'attend que la sanction d'une expérimentation authentique.

Par ces raisons, et pour donner à nos assertions toute la valeur que nous leur accordons nous-même, et toute l'importance qu'elles méritent sous les rapports de la science et de l'huma-

nité, nous vous prions, messieurs, d'accueillir avec bienveillance le mémoire ci-joint, persuadé que votre suffrage nous serait une recommandation près de l'administration pour obtenir l'autorisation de faire dans un des hôpitaux de Paris une démonstration publique de la vérité de nos affirmations.

Nous avons l'honneur d'être, avec un profond respect, Messieurs,

Votre très-humble serviteur,

Le docteur Héreau.

Ajoutons pour les médecins (car ce qui précède ne concerne que le public), que la *découverte* de M. Héreau est appréciée à sa juste valeur par l'auteur lui-même dans le paragraphe suivant, sur lequel nous ne voulons faire aucun commentaire, de peur de lui faire perdre quelque chose de sa charmante naïveté ;

« Attribuant, *à priori*, la cause des dartres à l'existence d'animalcules plus ou moins semblables à l'insecte qui produit la gale, nous avons dû mettre toute notre application à les découvrir ; mais les vicissitudes qui ont signalé les recherches faites par les expérimentateurs pour constater l'existence de celui-ci nous attendaient nous-même, et leurs tribulations ne nous ont pas manqué : vus, *perdus*, retrouvés, puis *introuvables* encore, *de guerre lasse*, après trente années écoulées en recherches souvent reprises et toujours interrompues, *faute d'occasions*, d'instruments convenables ou d'habileté à s'en servir, nous nous décidons à livrer notre ouvrage *à la publicité*. Déterminé par l'importance du sujet et les sollicitations de ceux de nos amis auxquels nous avons communiqué notre idée, et sur le concours desquels nous devons compter pour la continuation de nos recherches, *nous laissons à d'autres* plus heureux, plus patients ou plus habiles, l'avantage de prouver ce que jusqu'ici, malgré tous nos efforts, NOUS N'AVONS ENCORE PU QU'ENTREVOIR. »

Imprimerie de Moquet et Hauquelin, Rue de la Harpe, 90.

C. Devilliers del.t

Maladies de la Mer

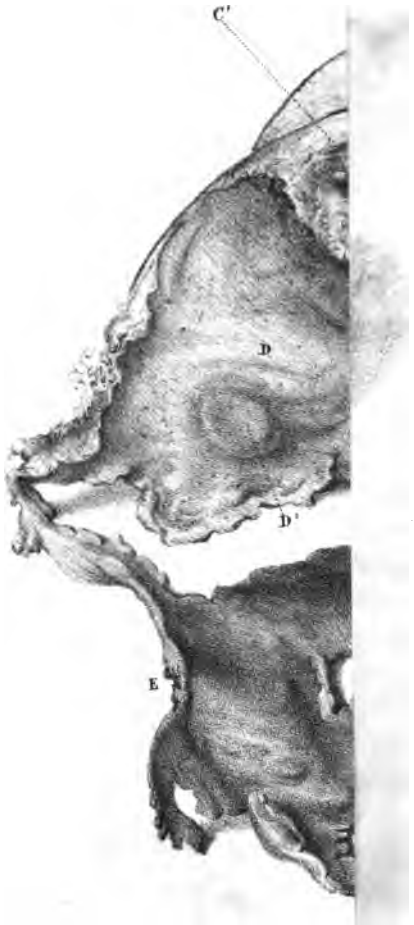
Revue Médicale

E

q c
sa
va
pe
naï
«
nim
gale
vrir
par l
nous
pas m
de gue
vent re
strumer
décidon
par l'im
amis aux
cours des
recherche
tients ou
malgré to
VOIR. »

IMPRIMERI

Médicale. Cahier d'Août 1842.



njou Dauphine, 8.

Maladies de

REVUE MÉDICALE.

(Septembre 1842.)

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

OBSERVATIONS ET RECHERCHES

SUR QUELQUES MALADIES

PARTICULIÈRES A LA MEMBRANE CADUQUE.

Par le docteur Devilliers fils, membre de la Société de médecine de Paris.

(Imprimées par décision de cette Société.)

AVEC FIGURES.

(*Suite et fin.*)

Un fait tout récent vient encore de me montrer une apoplexie partielle du feuillet réfléchi de la caduque. Une dame se croyant enceinte de deux mois et demi est prise, sans cause connue, d'une perte légère. Elle me fait appeler : j'emploie les moyens nécessaires ; les accidents sont enrayés momentanément; mais le lendemain l'écoulement sanguin revient tout à coup, accompagné de coliques violentes, et je trouve engagé dans l'orifice utérin un corps que j'extrais avec précaution. C'était l'œuf, qui présentait les altérations suivantes :

Il était recouvert extérieurement par la caduque réfléchie ; lorsque je l'ouvris, je trouvai la cavité vide, car l'embryon avait disparu. Les membranes, perforées sur un point de leur étendue, furent facilement isolées les unes des autres. L'amnios, le chorion, le cordon ombilical

étaient sains, mais trois petits foyers apoplectiques étaient disséminés dans la masse des villosités choriales, et la caduque réfléchie, très-développée, offrait une congestion presque générale, et, dans l'épaisseur même de son tissu, des traînées de sang, ainsi qu'un certain nombre de foyers sanguins plus ou moins considérables. Les deux siéges de l'apoplexie étaient ici bien distincts. Quant à la caduque utérine, je ferai remarquer que, dans ce cas, comme dans les autres analogues, elle se détachait partiellement avec les caillots expulsés pendant l'avortement, formant pour ainsi dire la base de plusieurs d'entre eux.

Cependant ce même feuillet se voit souvent envahi par l'épanchement; il est alors épaissi, quelquefois très-compacte, infiltré d'un sang noir qui fait véritablement corps avec lui; mais son infiltration est, dans la plupart des cas, difficile à observer, parce qu'il n'est le plus ordinairement expulsé que partiellement, soit avant, soit après la sortie de l'œuf, et qu'il se présente déformé et imprégné par le sang utérin.

Quant à la cavité qui existe entre les deux feuillets de la caduque, elle peut être le siége de l'épanchement sanguin; mais on ne peut bien y constater sa présence que lorsque l'œuf sort entier, comme le prouve l'observation de M. Lesauvage, citée plus haut, et où l'on voit qu'outre le pus, une couche de sang épaisse était accolée à la face externe du feuillet réfléchi, et comme on en trouve encore un exemple dans l'observation suivante de Heuzinger.

L'œuf pouvait avoir sept semaines; il était complet, avait la forme de la cavité utérine. Le chorion, l'amnios, la vésicule ombilicale, la tunique moyenne et le fœtus étaient à l'état sain, mais la substance de la caduque était pénétrée

de beaucoup de sang qui, suivant l'auteur, avait été expulsé de l'œuf. On distinguait encore la disposition de son tissu « Une incision dirigée de la face antérieure vers » le côté gauche, qui évidemment ne contenait pas l'œuf, » conduisait à une cavité à parois celluleuses fort inégales, » dans laquelle se trouvaient une concrétion fibrineuse et du » sang caillé au lieu d'un liquide. » Cette cavité ne pouvait certainement être que celle de l'hydropérione.

Ces divers faits prouvent que lorsque l'apoplexie est partielle, ou qu'elle est générale et peu intense, il est encore possible de retrouver et de distinguer la plupart des éléments de l'œuf. Si le raptus sanguin est violent, l'épanchement peut occuper non-seulement l'épaisseur des caduques et leur cavité, mais aussi rompre les autres membranes et pénétrer dans leur intérieur, comme j'ai eu l'occasion de l'observer sur un œuf abortif de deux mois.

Dans ce cas je pouvais encore aisément distinguer les parties constituantes de l'œuf, tandis que quelquefois le désordre est tel, qu'elles semblent confondues ou détruites, et que la masse expulsée peut être prise au premier abord pour un caillot de sang noir, épais et résistant; mais, avec quelque attention, on parvient souvent à retrouver les traces des diverses membranes et à discerner la texture particulière à chacune, pourvu, toutefois, qu'un séjour trop prolongé dans l'utérus ou une inflammation de cet organe n'aient pas contribué à les altérer davantage.

Voici un cas d'altération assez profonde où cependant il m'est arrivé de reconnaître quelques-unes des diverses parties. Je dois la pièce anatomique qui fait le sujet de cette observation à l'obligeance du docteur Maccartan.

Une femme enceinte de deux mois et demi éprouva, à

la suite d'excès de marche et de danse, des douleurs vers la région utérine, et rendit quelques caillots parmi lesquels je ne trouvai aucune trace de membranes ; pendant huit jours elle ressentit différents malaises, éprouva un écoulement de sang peu abondant ; puis enfin une masse charnue noirâtre s'échappa de la vulve sans beaucoup de douleurs. Cette masse répandait une odeur de putrilage qui me frappa, et en effet quelques lambeaux, que je reconnus pour appartenir à la caduque, avaient une teinte brune verdâtre. L'examen ultérieur des différentes parties de ce produit me convainquit bientôt qu'il était composé presqu'en totalité par la caduque altérée dont on ne pouvait plus exactement discerner les deux feuillets, quoique dans quelques points des lambeaux se trouvassent encore superposés.

Une des faces de la masse était bombée, dure, formée par un tissu tomenteux organisé, et dont l'épaisseur devenue considérable, puisqu'elle dépassait 4 à 5 centimètres, était infiltrée de sang et de caillots noirs. L'autre face offrait des anfractuosités parmi lesquelles j'en reconnus une plus vaste, assez profonde, inégale, sur les parois de laquelle je parvins à disséquer et à isoler une membrane, que, par sa résistance fibreuse et les villosités de sa face externe je jugeai être le chorion, et qui était recouverte en dedans par les débris fragiles et noirâtres d'une autre membrane dont la texture et la disposition m'indiquèrent que ce devait être l'amnios. J'avais donc sous les yeux la cavité de l'œuf, et les bosselures qui la rendaient inégale étaient causées par les caillots et l'infiltration sanguine de la caduque sous-jacente.

Quelques faits me portent à croire que, lorsque l'épan-

chement sanguin des caduques est peu considérable, il est susceptible de se terminer par résolution, et peut ne pas donner lieu à l'expulsion de l'œuf. Je ne possède pas d'exemple semblable dans les premiers mois de la grossesse. Mais j'ai dit plus haut qu'il m'était arrivé plusieurs fois de rencontrer sur la face fœtale de l'épichorion des traces d'anciens foyers sanguins résorbés, et j'ai rencontré sur la caduque utérine d'un arrière-faix à terme un caillot de sang engagé dans sa substance, et qui y avait été déposé quelque temps auparavant; il avait déjà en partie disparu, et le travail de résorption qui s'était établi autour de lui avait même atteint la membrane caduque réduite en cet endroit à l'état de feuillet très-mince.

Hypertrophie et transformations morbides des membranes ovariennes. — Dans quelques circonstances où l'œuf, fortement altéré par la maladie, n'est pas expulsé et séjourne plusieurs semaines dans la cavité utérine, il acquiert, la plupart du temps, une densité, des dimensions plus grandes, et ressemble véritablement à une masse charnue, épaisse, plus ou moins consistante, qui constitue ce que l'on a appelé *môle*.

Ceci me conduit naturellement à dire quelques mots touchant cette espèce de production morbide, et son mode de formation.

Si par suite de congestion, d'apoplexie ou de rupture mécanique des vaisseaux qui l'unissent à l'utérus, l'œuf a cessé de vivre sans être chassé hors de l'organe, et si, en outre, il a conservé avec ce dernier quelques relations vasculaires, ses membranes ou une partie du placenta peuvent continuer à être nourries et croître; cela a lieu à plus

forte raison lorsque le fœtus seul a péri par des causes particulières, et que les annexes jouissent encore de la plus grande partie de leurs connexions vasculaires. Les cas où l'arrière-faix a acquis un développement plus ou moins considérable après la mort ou l'expulsion du fœtus ne sont pas rares dans la science. C'est qu'en effet, par suite d'une nutrition irrégulière, les annexes subissent alors une véritable hypertrophie, et c'est en cet état qu'on leur a encore imposé le nom de môle. Meisner et M. Velpeau pensent aussi que la môle est souvent, sinon toujours, le résultat de véritables hypertrophies de l'œuf. Or, on voit par ce qui vient d'être dit, et par l'opinion que j'ai émise plus haut, que non-seulement la môle peut provenir d'une hypertrophie de quelques parties de l'œuf, mais qu'elle peut encore être constituée par un œuf ou les débris d'un œuf malade, conservé pendant plus ou moins de temps dans l'utérus, et transformé en une masse compacte, tant par l'infiltration des liquides que par la compression qu'exercent les parois utérines contractées.

Ainsi, comme dans les deux premiers mois qui suivent la conception, c'est la membrane caduque qui, de toutes les enveloppes, offre le plus de développement, et comme en outre elle est exposée aux divers modes d'altération dont j'ai parlé, ce serait elle, suivant moi, qui, à cette époque, constituerait la môle en grande partie, tandis que plus tard ce serait le placenta.

Il n'y aurait donc qu'une espèce de môle, la môle légitime ou faux germe; car celle que l'on a nommée illégitime, et qui n'est composée que de caillots de sang solidifiés, ne mérite aucun nom particulier. Quant à cette opinion qui fait attribuer la môle ou le faux germe à une fé-

condation ou à une conception imparfaites ou irrégulières dans leur origine, je pense qu'il faut en faire justice ; je suis très-convaincu qu'elles ne peuvent avoir lieu, et que la nature, dans le grand acte de la reproduction, ne s'écarte jamais, primitivement du moins, des voies rigoureuses que le Créateur lui a tracées, et que les altérations, les vices de conformation dont le fœtus ou ses enveloppes peuvent être atteints, ne sont relatifs qu'au mode de développement et à des causes morbides ultérieures et particulières. Le professeur Velpeau, qui regarde un grand nombre de monstruosités du fœtus comme le produit d'une maladie de quelque partie de l'œuf, me semble partager aussi cette manière de voir.

Pour terminer ce que j'ai à dire sur les môles, auxquelles le nom d'*œufs dégénérés* conviendrait beaucoup mieux, je ferai observer que tantôt leur formation s'accompagne de tous les symptômes de l'avortement, pertes, contractions utérines, etc., etc. Tantôt rien n'indique qu'il se passe dans l'œuf quelque chose d'insolite, ce qui, sans doute, doit avoir lieu à une époque rapprochée de la conception. L'observation suivante est remarquable sous ce rapport.

Madame L., âgée d'une trentaine d'années, a eu quatre enfants à terme. Elle a vu ses règles pour la dernière fois le 19 avril 1841. Depuis elle n'a éprouvé aucun des signes ordinaires de la grossesse; seulement l'abdomen s'est un peu développé ainsi que les tubercules des mamelons, et elle s'est aperçue que les glandes mammaires s'étaient tuméfiées partiellement et passagèrement. Sa santé était très-bonne ; elle n'avait éprouvé aucune espèce d'accident, lorsque le 15 juillet suivant elle se sentit mouillée, vit s'é-

Il est temps de consigner ici l'opinion que le professeur Wagner émet dans son *Traité de physiologie* (t. I, p. 147), sur une cause particulière des maladies de la caduque et les vices de conformation de l'embryon. Il pense que, dans la majorité des cas, un épanchement de sang dans la décidua, lors de la formation de la réflexa et de la sérotina ou caduque secondaire, est la cause première de la mort de l'embryon. Malgré cela, suivant lui, l'œuf peut continuer à croître, mais l'embryon n'est plus nourri; de là disproportion entre les diverses parties de l'œuf ou manque de quelques-unes d'entre elles.

En citant une autorité si respectable, je n'ai certainement pas l'intention de la combattre, et je suis même convaincu, d'après le professeur d'Erlangen, qu'il peut en être ainsi; mais je crois que ce fait ne pourrait constituer une cause directe d'avortement ou de vices de conformation; que, dans les trois premières semaines de la grossesse, époque pendant laquelle, suivant cet auteur lui-même, l'ovule fécondé parcourt la trompe, pénètre dans la cavité utérine, en glissant entre elle et la membrane caduque ou en décollant cette dernière, et peut alors y occasionner un épanchement; on n'y voit tout au plus qu'une cause prédisposante pour les avortements qui ont lieu à une époque plus avancée.

En décrivant ces diverses espèces de maladies des membranes caduques, je n'ai pas eu l'intention de laisser comprendre que ce fussent les seules dont elles pouvaient être affectées; je pense qu'il peut s'y faire aussi des épanchements ou plutôt des exhalations anormales séreuses et même sanguines, par une prédominance lymphatique prononcée ou par défaut de tonicité dans le système vas-

culaire, comme cela a lieu pour les hydropisies et les hémorrhagies passives; mais il m'est impossible, quant à présent, d'en déterminer les caractères et les symptômes. Je me contenterai de noter que, quant à ces épanchements séreux de la caduque, je suis convaincu qu'ils contribuent à fournir ces fausses eaux qu'il n'est pas rare de voir perdre à certaines femmes pendant leur grossesse.

J'ai peu de chose à ajouter sur les causes, les symptômes et le diagnostic des maladies de la membrane caduque. L'influence de l'utérus sur la caduque se manifeste principalement lorsque cet organe est prédisposé à la congestion, à l'engorgement sanguin, comme chez les personnes abondamment réglées, nerveuses, et chez lesquelles les moindres émotions, les secousses physiques retentissent sur le système utérin, ou bien lorsque la surface de l'organe est malade et le siége d'une affection catarrhale. Or, cette disposition explique la grande fréquence des avortements et la promptitude avec laquelle ils arrivent chez certaines femmes pendant les premiers mois de la grossesse; de plus elle développe la faculté contractile de l'utérus, qu'elle excite puissamment, et à laquelle on attribue, sans doute avec raison, quelques avortements, mais qui, la plupart du temps, n'en est que la cause secondaire. Quant aux symptômes, les observations précédentes montrent suffisamment qu'ils sont les mêmes que ceux des autres espèces d'avortements, c'est-à-dire pesanteurs insolites dans le bas-ventre, tension, douleur, malaises, etc., etc., et qu'on ne peut, quant à présent du moins, leur assigner un caractère particulier. On a dû remarquer cependant que si, même dans les inflammations graves, les liquides sécrétés ne se faisaient pas dans tous les cas jour au dehors,

la caduque, quelque degré qu'elles aient atteint, semblent rester sans action sur ces deux membranes et sur la tunique moyenne, comme le prouvent plusieurs faits cités dans ce travail; on doit pourtant supposer que, pendant les premières semaines, elles peuvent avoir une influence sur leur nutrition, si l'on admet que l'œuf croît alors par une sorte d'endosmose; c'est une question du reste que je me contente de poser.

En résumé, les maladies de la membrane caduque doivent être considérées comme des causes d'avortement plus fréquentes qu'on ne le pense généralement. Il ne faut qu'examiner avec attention les œufs avortés des premières semaines, pour se convaincre que, très-souvent, les altérations principales portent sur la membrane adventive. Je puis invoquer à l'appui de mon opinion celle de plusieurs des auteurs que j'ai déjà cités, et principalement de MM. Dubreuil, Lesauvage et Wagner. Ce n'est donc pas un fait nouveau que je prétends annoncer, mais c'en est un sur lequel l'attention ne s'est pas portée d'une manière assez spéciale. Ce que j'ai voulu constater en outre, c'est la nature et la différence des altérations que j'ai pu remarquer jusqu'à présent dans la membrane caduque; c'est enfin la cause prochaine qui les produit la plupart du temps, c'est-à-dire la congestion irritative ou passive de l'utérus, dont les modifications se font sentir d'une manière assez vive à une époque où la membrane reçoit de nombreux vaisseaux et jouit d'une vitalité qu'elle perd évidemment à mesure que le terme de la gestation approche. Ce fait viendrait encore justifier l'opinion de Désormeaux et de Mme Lachapelle qui regardaient déjà la congestion irritative de l'organe gestateur comme la cause primitive

d'une grande partie des avortements. C'est par elle qu'il serait encore possible de donner une explication des épidémies d'avortements; car l'utérus peut se congestionner sous l'influence des constitutions épidémiques de la même manière que l'on voit, à certaines époques, les intestins ou les poumons contracter avec une grande facilité des congestions et des inflammations.

Je n'ai que fort peu de chose à dire sur le traitement qui peut convenir aux maladies de la membrane caduque; en effet, au début, il est le même que celui que l'on met en usage contre les menaces d'avortement : il consiste donc à éloigner les causes, à appliquer, lorsqu'il y a pléthore, le traitement antiphlogistique dans toute sa rigueur, à pratiquer une ou plusieurs petites saignées du bras. recommander le repos, prescrire les lavements laudanisés, lorsque les contractions commencent à devenir sensibles, etc., etc. Bien que l'hémorrhagie modérée soit quelquefois favorable chez les personnes pléthoriques, il faut néanmoins toujours s'en méfier et la combattre le plus tôt possible par tous les moyens connus. Ainsi, la conduite à tenir ne doit et ne peut différer, puisque d'ailleurs on a à combattre une congestion dont il est impossible de discerner le siége. Mais je crois que, si, les phénomènes de réaction apaisés, un écoulement séreux ou séro-sanguin de quelque importance tendait à s'établir, il serait bon de faire suivre, surtout si le sujet était lymphatique, d'abord un traitement anti-scrofuleux, soit externe, à l'aide des frictions hydriodatées sur l'hypogastre, soit interne, au moyen des préparations d'iode, et principalement du sirop ioduré que M. Gimelle a vu réussir contre la leucorrhée; ensuite d'employer les résolutifs astringents internes ou

externes, suivant les cas. A ce sujet, il faut se rappeler que le docteur Rush, de Philadelphie, a vu très-bien réussir et a préconisé l'acétate de plomb administré à l'intérieur dans les menaces d'avortement. Enfin, ce serait peut-être ici le cas d'essayer les préparations mercurielles, dans lesquelles Beatty, Chastaingt, Russel et Tourel avaient une telle confiance pour favoriser la marche de la grossesse et prévenir les avortements, qu'ils ne craignaient pas de soumettre la plupart des femmes enceintes à ce mode de traitement, quoique d'autres aient prétendu depuis qu'il était plutôt nuisible. Puissé-je ne pas me faire illusion en ajoutant à ce peu de mots sur le traitement, que, si, comme tout porte à le croire, l'étude des maladies de l'œuf fait dans la suite quelques progrès, on peut espérer qu'un jour elles ne seront plus complètement au-dessus des ressources de l'art.

La longueur de ce travail m'empêche d'y ajouter encore les considérations anatomiques et physiologiques qui ressortent des faits qui y sont consignés : ces considérations trouveront place ailleurs.

OBSERVATIONS DIVERSES DE PATHOLOGIE;

Par le docteur PAYAN, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Aix (Bouches-du-Rhône).

Traitement des brûlures des enfants. — Traitement du bubon inguinal suppuré. — Traitement d'un ongle incarné. — Tumeur articulaire rhumatismale.

§ Ier. *Note sur le traitement des brûlures dans la jeune enfance.*

Ce n'est point sans raison que les auteurs s'accordent à considérer les brûlures comme plus graves en général dans l'enfance que chez les adultes. L'expérience de tous les jours tend à confirmer la vérité de cette assertion. Cette gravité même est d'autant plus prononcée, que les jeunes sujets sont plus rapprochés de l'époque de la naissance. C'est qu'en effet, à ces premiers âges de l'existence, la puissance vitale est si faible que les sujets ne peuvent lutter longtemps contre les douleurs aiguës et les accidents fébriles qui accompagnent les brûlures. Aussi ce que doit avoir surtout en vue le praticien appelé à traiter ce genre de lésions dans le jeune âge, c'est de ne recourir qu'à des médications qui aient la propriété d'atténuer le plus et le plus tôt possible ces douleurs, et d'éviter les causes qui pourraient les reproduire. Ainsi, il ne devra point suffire de panser les parties lésées avec des topiques calmants, il faudra tâcher encore de se mettre en mesure de renou-

veler le moins possible les pansements, qui, dans ce genre de maladies, sont toujours pénibles et douloureux. Voici la relation de deux observations qui se sont passées depuis peu dans ma pratique, et où l'observance de cette manière d'agir m'a été assez utile pour que je lui aie dû la guérison et la cessation prompte d'accidents, qui, dans un des cas surtout, étaient très menaçants. On y verra, au reste, qu'il ne s'agit point ici d'un traitement nouveau, puisque le coton en rame, depuis longtemps conseillé, en est la base, mais qu'il nous a paru très avantageux d'y associer, lors du premier pansement, l'application d'un corps gras, pour protéger par ce moyen les surfaces brûlées du contact immédiat, parfois irritant, du coton.

Première observation. — Le 20 mai de cette année, je fus appelé par M. l'avocat M... pour donner des soins à sa petite fille, âgée seulement de cinq mois. Cette enfant, trois jours auparavant, avait été atteinte d'une brûlure étendue, par suite d'une imprudente chute d'eau bouillante qui avait porté sur la face externe de la cuisse gauche, sur les trois quarts au moins de la surface de la jambe et du pied du même côté, et sur une certaine étendue encore de la jambe droite. Dans ces divers points, la peau, encore fort rouge et enflammée, avait été parsemée de phlyctènes ou vésicules remplies de sérosité. C'était, à n'en pas douter, une brûlure au second degré, d'après la division admise par Dupuytren. Jusqu'à ce moment, on avait suivi les principales indications que présentait le traitement, c'est-à-dire qu'on avait cherché à faire avorter l'inflammation, ou plutôt à la modérer par des fomentations, fréquemment renouvellées, d'eau saturnée. Celles-ci avaient été même fort utiles, puisque, jusqu'au moment où

je vis la petite malade, elle n'avait pas cessé d'être assez calme et d'avoir son sommeil habituel; c'est au point que je conseillai de continuer encore le même mode de pansement.

Je n'étais pas toutefois bien rassuré sur les suites de cette brûlure. Lorsqu'en effet je songeais à l'étendue qu'elle occupait et au jeune âge de la petite fille, je ne pouvais me décider à porter un pronostic favorable. Effectivement, dès le lendemain, nous reconnûmes que la petite était beaucoup plus souffrante : elle était devenue très inquiète, très impatiente; sa peau était chaude, elle ne voulait plus téter, elle pleurait sans larmoyer; ses moindres mouvements indiquaient chez elle beaucoup de douleurs. Ce qui occasionait sans doute ce surcroît de souffrance, c'est que l'épiderme, qui jusque-là avait protégé les papilles dermiques, ayant fini par se détacher, tous les objets de pansement s'appliquaient alors sur le derme dénudé et l'irritaient considérablement. Il était même facile de comprendre que l'enfant ne tiendrait pas longtemps contre cet état de choses, si on ne se hâtait de le modifier. Or le pansement que nous devions préférer devait être celui qui calmerait le plus tôt les douleurs, et qui aurait le moins besoin d'être renouvelé. Je pensai donc immédiatement à employer le coton; seulement, comme son application s'accompagne parfois d'une certaine irritation, qui, quoique n'ayant pas ordinairement beaucoup de durée, ne manque pas de devenir défavorable, je voulus auparavant recouvrir les surfaces brûlées d'un enduit protecteur, et celui auquel je donnai la préférence fut le liniment ainsi composé :

℞ Huile d'amandes douces, une partie.

Eau de chaux, huit parties.

Mêlez et agitez chaque fois.

Après avoir donc enlevé l'écume savonneuse qui venait nager à la surface de ce liniment, j'appliquai d'abord ce topique, avec les barbes d'une plume, sur toutes les surfaces brûlées; après quoi je recouvris ces mêmes parties d'une couche épaisse de coton cardé fin. Des compresses fines et quelques tours de bande complétèrent le pansement.

Ce pansement produisit l'effet du baume le plus calmant : l'enfant cessa dès ce moment de souffrir. La nuit qui suivit se passa dans un sommeil long et des plus tranquilles, et, dès le lendemain matin, cette petite si triste, si agitée, si fatiguée la veille, était devenue gaie, éveillée, calme : elle tétait aussi volontiers qu'en parfaite santé, sa peau n'avait plus cette chaleur fébrile qui, le jour d'avant, était très sensible. Dès ce moment, nous pûmes comprendre que l'orage était apaisé. Ce pansement fut laissé à demeure.

Au huitième jour de l'application du coton, nous reconnûmes, que, vers la malléole externe droite, le coton, humecté de suppuration, avait de l'odeur : nous l'enlevâmes alors peu à peu jusqu'à la couche la plus profonde, que nous respectâmes, et nous le remplaçâmes par d'autre tout frais. En quelques autres points, le coton s'était déjà détaché, et en dessous avaient apparu les cicatrices des points brûlés.

Enfin le 1er juin, onzième jour de l'application du coton et du liniment oléo-calcaire, la cicatrisation était obtenue partout, et si bien qu'un peu de rougeur à peine existait

sur les parties brûlées naguère. Le résultat fut donc tel que nous devions le désirer.

Si nous avions employé le coton seul, sans la précaution préalable d'enduire les parties brûlées avec le liniment épais que nous employâmes, aurions-nous obtenu un calme aussi prompt et aussi complet? C'est ce dont nous croyons devoir douter. Nous allons même ci-après faire connaître une autre observation, où nous avons pu constater directement que ce mode mixte de pansement dans les brûlures était plus avantageux que celui par le coton seul.

Deuxième observation. — La jeune Marie R..., âgée de trois ans et demi, était assise par terre, lorsque sa sœur, qui tenait à la main une pleine écuelle de bouillon, en laissa tomber par distraction une certaine quantité sur les deux pieds alors nus de l'enfant. Ceux-ci s'enflammèrent aussitôt, devinrent rouges; des phlyctènes remplies de sérosité y apparurent : ce fut encore, en un mot, une brûlure au second degré. Appelé aussitôt pour donner des soins à cette jeune fille, je n'eus rien de plus pressé que de conseiller les fomentations avec de l'eau végéto minérale fraîche pour modérer l'inflammation. Les douleurs sur-aiguës furent en effet ainsi apaisées, et, quoique souffrante encore, la petite malade supporta plus facilement son état.

Au troisième jour, l'épiderme des vésicules se détachant, le changement des compresses humides était plus douloureux, et on pouvait comprendre qu'un autre pansement devait être employé. Ce fut encore au coton que je voulus recourir; et, pour pouvoir reconnaître si réellement l'addition d'un liniment calmant et dessiccatif était de quelque utilité dans le pansement, j'eus soin de couvrir le pied gauche, le moins malade, avec du coton seul, tandis

que le droit fut préalablement enduit du liniment oléo-calcaire. Or, peu d'instants après le pansement, le pied droit cessa d'être douloureux, tandis que l'enfant accusa encore de la souffrance, pendant le restant de la journée, au pied gauche, où du coton seul avait été appliqué. La cicatrisation a, du reste, marché d'une manière à peu près égale aux deux pieds, et, dès le quatorzième jour, il ne restait plus de plaies aux parties lésées : une cicatrice régulière, insaisissable, en tenait lieu.

Quoique bien d'autres fois j'aie appliqué le coton en même au traitement des brûlures, ce sont les deux seuls cas où je lui ai associé l'emploi préalable d'un liniment calmant et dessicatif. Or, comme il m'a paru que cette addition était favorable, qu'elle ajoutait aux propriétés calmantes du coton, et qu'on pouvait s'en servir très avantageusement, surtout dans les brûlures du jeune âge, où il est plus important encore de se hâter d'apaiser les symptômes qui accompagnent ce genre de lésion, j'ai cru qu'il pouvait être de quelque utilité de faire connaître les deux observations que je viens d'exposer.

§ II. — *Un mot sur le traitement du bubon inguinal suppuré.*

Je n'ai point l'intention de m'occuper ici du traitement du bubon dans ses diverses phases, je veux seulement indiquer celui que l'expérience m'a démontré être le plus sûr, le plus prompt, le plus convenable, enfin, pour combattre localement cet état morbide, quand on n'a pu empêcher sa terminaison par suppuration. Le problème que je me propose de résoudre est celui-ci : un bubon en suppuration étant donné, quel est le meilleur mode de traitement à lui appliquer ?

J'ai remarqué, par une longue fréquentation des hôpitaux, que, pour un grand nombre de praticiens, la raison du traitement consiste, dans ce cas, à agir comme on le ferait exactement pour les autres tumeurs qui se terminent par suppuration, c'est-à-dire à attendre que le mal fasse son cours; que la collection purulente devienne de plus en plus complète; et c'est ensuite quand elle a parcouru sa marche que l'instrument tranchant ouvre une issue au liquide, si toutefois l'amincissement successif de la peau n'a pas encore donné lieu à une ouverture spontanée. Mais quoique assez généralement suivie encore, par suite de vieilles habitudes, cette manière de procéder n'en est pas moins défectueuse. C'est, en effet, alors, qu'on est exposé à voir succéder à l'ouverture de l'abcès des ulcères larges, profonds, à vitalité languissante, aux bords décollés, et qui, très-lents à se cicatriser, ont encore le grave inconvénient de laisser des cicatrices très-marquées, irrégulières et indélébiles. C'est même parce que nous avons été souvent témoins de pareils accidents que nous avons renoncé depuis longtemps à suivre une méthode pareille, que nous considérons dès-lors comme fréquemment défavorable.

Un mode d'agir plus rationnel est celui qui consiste à ne pas attendre une accumulation trop considérable du pus pour procéder à son évacuation. Portant de bonne heure un instrument aigu dans le foyer purulent qui commence à se former, on tend à prévenir, par une évacuation immédiate, les décollements trop étendus, ainsi que le vicieux mode de cicatrisation qui en est la conséquence. Cette methode, quoique recommandée par d'habiles syphiliographes, nous paraît laisser encore beaucoup à désirer; et

les choses ne se passent pas réellement aussi vite ni aussi favorablement qu'on a bien voulu le dire. La petite incision qui est faite ne peut pas, en effet, être considérée comme une plaie ordinaire, ayant une prochaine tendance à la cicatrisation. Mise en contact avec le pus central du bubon, elle revêt les caractères du chancre, et marche, par conséquent, assez lentement vers la guérison. — Autant d'inconvénients, et plus peut-être, me paraissent devoir s'attacher à la méthode des ponctions multiples, puisque si le bubon est syphilitique, on sera exposé, presque inévitablement, ce semble, à voir chacune des piqûres ou ponctions se transformer en chancre. D'ailleurs, il ne faut pas oublier que le bubon étant l'effet d'une inflammation glanduleuse, il y a presque toujours en lui et dans ses symptômes phlegmasiques quelque chose d'indolent qui s'oppose à la prompte terminaison du mal. Aussi, rien de plus commun, après l'évacuation même hâtive du pus, que de voir les bords de l'incision longtemps languissants, la base de la tumeur longtemps indurée et rebelle à la résolution. Ce qui manque alors évidemment, c'est quelque chose qui excite la vitalité de la tumeur et partant sa fonte ou sa résolution plus rapide.

Trouver, par conséquent, un moyen qui fût à la fois évacuateur et propre à imprimer à la tumeur l'excitation nécessaire nous paraissait une chose très-utile, et c'est dans ce but qu'il y a déjà quelques années, nous résolûmes de nous adresser aux caustiques escarrotiques. Seulement parmi eux un choix était à faire. Nous ne donnâmes point la préférence à la potasse caustique, parce que la diffluence, malgré toutes les précautions, expose fréquemment à des escarres irrégulières plus étendues qu'on ne voudrait, et par

suite à des cicatrices défectueuses. On sait, en outre, que son action est assez lente ; que, partant, les douleurs qu'elle procure sont assez prolongées, et que l'escarre s'en détache lentement. On n'a pas à redouter ces inconvénients lorsqu'on se sert du caustique de Vienne, composé, comme on le sait, de parties égales de potasse à la chaux et de chaux vive en poudre, dont on fait une espèce de pâte ou de mortier à l'aide de l'alcool. Ce caustique possède effectivement toute l'action de la potasse ; il cautérise comme elle et aussi bien qu'elle, et il a de plus un avantage bien précieux à nos yeux, celui d'être prompt dans son effet, puisque, dans ce cas, il suffit de son application pendant dix ou quinze minutes ; peu douloureux comparativement à la potasse, dont les douleurs sont nécessairement prolongées, et plus limité dans son action qui est circonscrite aux parties avec lesquelles il est mis en contact immédiat : triple motif bien propre à militer en sa faveur.

Voici, au reste, la modification qu'apporte le caustique : la partie cautérisée devient un centre fluxionnaire ; la peau voisine rougit, devient plus tendue : on reconnaît évidemment que la vitalité de la tumeur est excitée. Ce qui était indolent dans la phlegmasie existante s'active, et la maladie est dès lors placée dans des conditions favorables à sa solution prochaine. Des essais comparatifs nous ont mis en mesure de reconnaître combien l'emploi de ce caustique l'emportait sur l'instrument tranchant dans le cas de bubons suppurés, indolents, et même contre les bubons suppurés qui sont accompagnés d'un certain degré d'acuité. Il pourra ne pas être inutile de relater quelques-uns de ces effets faits par nous dès l'année 1839.

Première observation. — Le nommé Fiscot, fusilier dans

le 48e de ligne, entre à l'hôpital le 17 juin 1839 : il est atteint de deux chancres vers la couronne du gland, et de deux bubons situés aux deux plis inguinaux. Pendant quelque temps nous eûmes l'espoir qu'ils pourraient se terminer sans suppuration ; mais il en fut autrement. Nos efforts ne purent empêcher la formation du pus dans leur centre. Au 10 juillet, ils étaient l'un et l'autre de dimension à peu près égale, et aussi avancés l'un que l'autre. Leur marche n'avait pas offert de symptômes bien aigus. Cette similitude dans le mode d'être des deux tumeurs me suscita l'idée de recourir à deux moyens différents pour l'évacuation du pus ; c'est-à-dire que d'un côté, du gauche, j'ouvris une issue au pus avec la lancette, tandis qu'à l'autre je fis l'application du caustique de Vienne. Qu'en arriva-t-il ? C'est qu'au vingt-deuxième jour il ne restait du bubon droit, qui avait été traité par le caustique, qu'une cicatrice à peine sensible, tandis qu'à la même époque le gauche offrait encore une ouverture fistuleuse avec une base encore engorgée et un centre ramolli. Je pris alors le parti de faire une nouvelle application du caustique de ce côté sur l'engorgement persistant. Ce ne fut pas en vain : quatorze jours après il ne restait plus de ce bubon d'autre trace qu'une cicatrice assez manifeste, qui correspondait à l'orifice fistuleux récemment fermé.

Il est inutile de dire qu'un traitement par les mercuriaux avait été en même temps administré pour combattre directement la spécificité du mal ; car nous nous rangeons au nombre des médecins qui croient à l'existence de la syphilis comme maladie virulente, et qui par suite comprennent la nécessité d'une médication spéciale à lui opposer.

Deuxième observation. — Boissier, soldat, entre à l'hôpital le 22 juin de la même année, atteint d'un chancre sur le gland et de deux bubons commençants.

Prescription : Pilules de Sédillot, cataplasmes émollients, onctions mercurielles sur les bubons.

10 juillet. Les bubons, qui ont marché à peu près de pair, sont assez volumineux, et présentent l'un et l'autre un point ramolli vers leur centre, signe évident de la suppuration qui se forme. De quelle manière devais-je les traiter ? Je voulus encore profiter de leur ressemblance pour comparer entre elles l'incision et la cautérisation avec le caustique de Vienne. En conséquence, l'un, le gauche, fut ouvert avec la lancette ; l'autre, celui du côté droit, reçut une application du caustique. Le pus du premier fut, par conséquent, évacué immédiatement, tandis que celui du second ne commença à sortir que le cinquième jour. J'avais attendu que le pus sortît par l'escarre sans la percer. Et cependant il ne restait, vingt-cinq jours après, d'autres traces de ce dernier qu'une cicatrice à peine sensible, tandis que l'autre, au trente-quatrième jour, en était à peine à ce point ; encore fallait-il varier les topiques, tandis que des emplâtres de diachylum avaient été appliqués constamment sur l'autre. Outre ces essais comparatifs et d'autres analogues, il nous a été facile, en nous rappelant la longue durée des bubons ouverts différemment, que nous avions remarquée dans d'autres services où l'on n'employait pas les caustiques, de nous former une conviction sur la supériorité de ce mode de traitement.

Nous nous sommes attachés à connaître ensuite quel pouvait être le moment le plus opportun pour cette appli-

cation. Voici à ce sujet ce que l'expérience nous a appris : Le bubon est-il lent dans sa marche, dans la production de ses symptômes, est-il indolent enfin? il convient d'apposer le caustique dès qu'un ramollissement vers son centre indique que du pus commence à se former, alors même que le bubon est encore fort induré. On activera par ce moyen le travail résolutif de la tumeur. Dans quelques jours le pus se produira au dehors à travers l'escarre, et la disparition de l'engorgement s'effectuera assez rapidement. — Nous avons même parfois utilisé cette qualité excitante du caustique pour provoquer la résolution de certains bubons stationnaires qui résistaient à l'action des fondants les plus actifs; et constamment une action résolutive très manifeste s'est prochainement fait remarquer.

La marche du bubon est-elle au contraire sur-aiguë? il y a avantage à ne pas contrarier de trop bonne heure le travail inflammatoire qui suit une marche régulière, et à ajourner l'application du caustique : quoiqu'on s'expose à avoir plus tard une collection plus étendue, il n'en résulte pas de retard pour la guérison. La résolution sera, en effet, d'autant plus rapide, après l'application du caustique, que les symptômes inflammatoires seront devenus plus modérés lors de cette application, et qu'ils se seront plus rapprochés du caractère des bubons indolents. Nous avons des raisons de croire que même alors l'application du caustique de Vienne sera plus avantageuse, dans le plus grand nombre de cas, que l'incision ou la ponction.

Nous n'ignorons point que parfois avec la diète, le repos au lit, les sangsues, des topiques résolutifs, on est parvenu à dissiper des bubons qui commençaient à suppurer, alors que même du pus était formé au foyer. Tou-

fois, quand un bubon est indolent et que de la suppuration se forme dans son centre, nous croyons intempestif d'ajourner l'application du caustique, qui, par l'excitation qu'il produira sur la tumeur, en amenera la fonte complète bien plus tôt qu'on ne l'eût obtenue par la temporisation. Si, au contraire, la marche du bubon est aiguë, nul doute qu'il ne faille demander d'abord aux anti-phlogistiques, à la diète, au repos, le moyen de calmer les accidents et de produire la résolution de la tumeur. Mais lorsque ces moyens ont été insuffisants, et que, bien qu'ils aient calmé la phlogose glandulaire, ils n'ont pu empêcher la suppuration de s'établir, le caustique de Vienne sera, à notre avis, dans le plus grand nombre des cas, l'agent le plus convenable pour évacuer le pus, résoudre les indurations que présentera la base de la tumeur, et procurer une guérison complète et rapide. Aussi depuis quelques années faisons-nous de l'application du caustique de Vienne une règle générale de traitement dans le cas de bubon inguinal suppuré.

Si on voulait nous objecter qu'il existe des moyens plus doux que la cautérisation, pour traiter les bubons suppurés, nous pourrions dire que cette objection est dénuée de fondement, lorsqu'on a recours au caustique de Vienne. Il suffit, en effet, pour obtenir le résultat convenable, de le tenir appliqué pendant quelques minutes. Or cette application est loin d'être fort douloureuse; les malades la préfèrent à l'emploi de l'instrument tranchant, et quand elle est faite d'une manière convenable, c'est-à-dire suivant une ligne allongée et peu large, et dans la direction du pli inguinal, il en résulte une cicatrice à peine sensible, qui peut-être même, dans un certain temps, finit par dispa-

raître complètement. — C'est parce que l'application du caustique de Vienne nous parait devoir être généralement employée pour le traitement du bubon inguinal suppuré, qu'il nous a paru utile de publier cette note.

(*La suite au prochain cahier.*)

OBSERVATION

D'UN CAS DE MOLUSCUM NON CONTAGIEUX DU SCROTUM,

Par J.-J. Renault, D. M. P. Chirurgien du paquebot de l'État, le Minos.

Vers la fin de mars de cette année, le nommé Jean G...., âgé de 47 ans, matelot de première classe et employé alors dans les soutes à charbon, après avoir essayé en vain de se faire exempter du service désagréable et fatigant qu'il faisait, me consulta un jour, en désespoir de cause, sur une maladie des organes, génitaux qui, disait-il, dépendait de la nature de ses fonctions et datait de peu de temps. Lorsqu'il se fut découvert, je fus véritablement frappé de l'aspect singulier que présentaient les bourses de cet homme. Que l'on se figure une grappe de raisin à grains inégaux, ou mieux, une de ces agglomérations d'œufs plus ou moins développés qu'on voit à l'ouverture d'une femelle d'oiseau, et on aura une idée de cette apparence : elle était déterminée par tente-deux tumeurs occupant la partie antérieure du scrotum ; une seule des plus volumineuses avait pour siége la peau de la partie infé-

rieure de la base de la verge. Les autres points du corps n'offraient rien de semblable.

Ces tumeurs sphéroïdes, sessiles ou un peu étranglées à leur base, dures, lisses et sèches, étaient d'une couleur blanchâtre qui se fondait insensiblement avec celle de la peau située entre elles. Je les examinai avec une forte loupe et ne vis ni poils, ni orifice de follicule, ni aucune autre ouverture à leur surface. Les unes se touchaient sans se confondre, et une distance petite et irrégulière séparait les autres. Leurs dimensions variaient depuis celle d'une vesce, d'une noisette, jusqu'à celle d'une petite noix. Elles étaient mobiles avec la portion de peau qui les portait et sur la face interne de laquelle on ne les sentait pas proéminer. La plus forte pression exercée sur elles ne donnait lieu qu'à une sensation tellement obtuse, qu'on aurait pu les dire insensibles, si elles n'eussent été le siége d'une démangeaison assez forte lorsque la température de l'atmosphère était très-élevée.

La peau qui se trouvait dans les intervalles des tubercules était saine, souple, mobile sur le dartos, pourvue de follicules sébacés, mais sans poils, sans rides et sans aucune trace du raphé ; elle était un peu plus pâle que le reste du scrotum et présentait en un mot l'aspect de cette enveloppe tégumentaire lorsqu'on la tend, avec cette exception toutefois qu'elle n'était plus susceptible de se rétracter. Quant aux parties postérieure, inférieure et latérale du scrotum, elles étaient complètement à l'état normal, ainsi que la peau de la base de la verge.

G.... avait d'abord prétendu, dans un but intéressé, que l'affection cutanée dont il est question datait de deux mois, et avait pour cause la chaleur et la poussière de

charbon dont il souffrait dans les soutes; mais, pressé de questions, il finit par m'avouer que déjà, à l'âge de quatorze ou quinze ans, il s'était aperçu, sans savoir à quoi les attribuer, qu'il avait trois de ces tumeurs; qu'à partir de cet âge le nombre des tumeurs avait augmenté et que quelques-unes étaient devenues volumineuses; et cela dans une progression qu'il ne pouvait m'indiquer; il me dit que, dès leur origine, ces tumeurs étaient dures et indolentes, qu'elles n'avaient été le siége d'aucun travail inflammatoire ou ulcératif, et que, depuis une dixaine d'années, leur nombre et leur grosseur étaient stationnaires. On ne pouvait rattacher l'existence de ces tumeurs à l'hérédité, à la contagion ou à un état général de l'économie; car le père, la mère, la femme et les enfants de cet homme n'avaient jamais eu rien de semblable; lui-même, d'un tempérament bilioso-sanguin, avait toujours joui d'une santé très-bonne et à peine interrompue par ces indispositions légères dont personne n'est exempt; il n'avait, disait-il, jamais eu de maladies vénériennes ou herpétiques et n'en portait pas de traces. Ce matelot n'a pu me donner aucun renseignement sur l'époque de la disparition des poils de la partie antérieure du scrotum; mais il est probable que les bulbes et les follicules pileux ont été successivement détruits, les uns envahis par le tissu des tubercules, les autres atrophiés par la compression ou les tiraillements exercés par ces tumeurs sur la peau saine.

Dans le but de m'assurer de la nature de ces tumeurs et de m'éclairer sur le traitement qui pouvait leur convenir, je fis sur l'une des plus grosses une ponction au moyen d'une lancette très-mince et très-étroite; j'éprouvai la sensation d'un tissu résistant et sec, la douleur fut nulle,

il ne sortit ni sang ni aucun autre liquide ; mais ayant pressé très fortement le tubercule, il s'en échappa un petit filet de matière athéromateuse très dense ; j'ouvris largement alors avec un bistouri cette même tumeur, la résistance fut plus grande encore, le tissu cria sous l'instrument, il s'écoula une ou deux gouttes de sang et quelques picottements obscurs furent ressentis ; les lèvres de l'incision, d'une épaisseur de cinq à six millimètres et sans ouvertures de vaisseaux sanguins apparentes, étaient blanches, comme nacrées et d'un aspect évidemment fibreux ; au centre de la tumeur existait une cavité contenant une matière athéromateuse dense et grumelée. L'extraction de cette bouillie épaisse au moyen d'une curette m'ayant permis d'explorer cette cavité, je la trouvai irrégulièrement uniloculaire, raboteuse et à peine capable de renfermer un grain de groseille. Bien qu'il y eût évidemment continuité entre la peau et la base de la tumeur, il était impossible de discerner dans les parois homogènes de celle-ci les éléments de l'organe cutané ; l'épiderme n'était même pas distinct sur la tranche de la section.

J'expérimentai de la même façon sur un des plus petits tubercules, et rencontrai le même tissu ferme, serré et creusé d'une petite loge ; en un mot, le résultat fut, proportion gardée, tout-à-fait identique.

Sur l'une et l'autre tumeurs abandonnées à elles-mêmes la surface devint légèrement rosée ; les lèvres des incisions se rapprochèrent après avoir laissé pendant une quinzaine de jours s'écouler un peu de sérosité mêlée de matière athéromateuse, et au bout de trois semaines les tumeurs avaient repris leur état primitif, à part une cicatrice linéaire et à peine visible. Le scrotum resta étranger à cette

petite inflammation, et, à plus forte raison, la santé générale ne s'en ressentit nullement.

Malgré la nature des tumeurs dont je parle, elles m'ont paru différer beaucoup de l'observation qu'a présentée M. Velpeau sous le nom de *Tumeurs spéciales de la peau*, et des autres cas de dégénérescence fibreuse qui ont été publiés ; et il m'a semblé au contraire qu'elles avaient la plus grande analogie avec le molluscum non contagieux décrit par le docteur Bateman ; voilà pourquoi j'ai cru devoir les rapporter à cette section de l'ordre des tubercules. La plupart des auteurs qui ont écrit dans ces derniers temps sur les affections cutanées, Biett en particulier, acceptent sans restriction aucune la description qu'en a donnée ce médecin ; mais M. Rayer dit dans son *Traité théorique et pratique des maladies de la peau* (1) : « Bateman paraît avoir décrit les tumeurs folliculeuses sous le nom de molluscum. » L'observation que je présente doit-elle être comprise dans la réflexion émise par M. Rayer? Qu'on me permette de rester au moins dans le doute ; car je sais à l'aide de quels éléments on pourrait décider si la dégénérescence fibreuse a précédé ou suivi dans ce cas le dépôt de la matière athéromateuse, si les parois des tumeurs étaient constituées par le derme transformé ou par un ou plusieurs follicules dégénérés et réunis. Et puis, n'y a-t-il vraiment que les tumeurs des follicules qui puissent contenir une matière athéromateuse ?

J'avais d'abord eu l'intention d'essayer la guérison des deux tubercules que j'avais ouverts, en favorisant leur

(1) Note de la p. 1193, troisième édit.

suppuration par de la charpie introduite dans leur cavité ; mais le malade, à qui la difformité causée par ces grosseurs était tout-à-fait indifférente, ne voulut se prêter ni à cette tentative, ni à l'essai de frictions mercurielles, ni même à l'application sur le scrotum de compresses imbibées de solutions résolutives ou styptiques. Au reste, vu la nature fibreuse, l'épaisseur et l'ancienneté des tubercules, il est extrêmement probable qu'aucun de ces moyens thérapeutiques n'aurait réussi. Je ne pense pas non plus qu'il eût été permis de tenter l'ablation successive de ces tumeurs ; car il aurait fallu pour cela enlever peu à peu presque toute la partie antérieure du scrotum, et s'exposer ainsi à une inflammation vive, à la gangrène et aux accidents généraux qu'elles peuvent entraîner après elles.

La rareté des cas analogues à celui que le hasard m'a fourni, et l'obscurité dont l'histoire des tubercules de la peau, malgré les travaux dont ils ont été l'objet, est encore enveloppée, me feront pardonner les détails un peu minutieux peut-être que contient cette observation.

SUR LES NOEUDS
DU CORDON OMBILICAL;

Par M. Baudelocque,
Membre de l'Académie royale de médecine.

(*Avec une planche lithographiée.*)

Je ne parlerai pas des *nodosités* ou renflements du cordon, que les commères appellent des nœuds, à l'aide desquels elles prétendent connaître combien l'accouchée aura d'enfants. Il ne sera question dans cette note que des véritables nœuds du cordon.

Ces nœuds peuvent être simples, doubles, triples. Le simple peut être multiple.

J'ai eu l'occasion d'observer, le 30 janvier de cette année, un nœud double du cordon. Une jeune dame venait d'accoucher heureusement de son premier enfant : c'était une fille bien portante, d'un volume ordinaire. La délivrance ne se fit pas attendre. En examinant l'arrière-faix, j'aperçus sur le cordon ombilical un double nœud : je m'empressai de le montrer à M. le professeur Cayol qui était présent à l'accouchement. Ce nœud était assez serré pour que le cordon fût partout en contact avec lui-même. Il se trouvait situé à 9 centimètres environ de l'ombilic : la longueur totale du cordon était de 28 pouces ou 76 centimètres, non compris le double nœud. (*Voyez* la lithographie, qui en donne une représentation exacte.)

J'ai vu, il y a dix ou douze ans, un nœud tout semblable chez un enfant que le professeur Deneux venait de recevoir. Cet enfant était né bien portant et très-fort : cependant le cordon présentait dans le point où il se trouvait en contact avec lui-même une dépression profonde, un véritable sillon.

Le 13 février dernier je rencontrai un second exemple de cordon noué : il s'agit cette fois d'un nœud simple. Une dame heureusement accouchée de son second enfant rendit spontanément l'arrière-faix, au bout de dix minutes ; je remarquai sur le cordon, à 30 centimètres de l'ombilic, un simple nœud peu serré. La longueur totale du cordon était de 70 centimètres. L'enfant était beaucoup plus fort que son frère aîné, sur lequel je n'avais rien observé de particulier.

Il est parlé du nœud du cordon ombilical dans plusieurs ouvrages relatifs aux accouchements. Le premier exemple connu me paraît être celui qui fut observé par Louise Bourgeois en 1605 ou 1606, et consigné dans la première édition de ses observations.

« J'accouchai il y a trois ou quatre ans, dit-elle, une honnête femme, laquelle, auparavant que d'accoucher, avait eu des coliques étranges, et avait trouvé son enfant fort faible deux jours avant que d'accoucher : ce que étant, le nombril se trouva noüé au droict nœud tenant à l'enfant et à l'arrière-faix, et le nœud tout applaty et serré, et l'enfant fort pers (violet). Ce fut une chose qui m'étonna fort, considérant comment cela s'estait peu faire; le nombril était environ long de trois quartiers (trois quarts d'aune) et le nœud était à un quartier loin du ventre; elle me dit que pendant sa grande colique, que l'enfant avait estrangement remué. C'est sans doubte que les enfants participent à telles douleurs; il fallut que pendant cette grande agitation, il fît le tour du cerveau, et continuant à remuer serrait le nœud davantage, qui fut cause qu'il avait grande difficulté à respirer et à prendre sa nourriture, d'autant qu'il fallait que le tout passât par le nœud. L'on ne peut que l'on ne trouve ceci fort estrange, aussi bien que j'ai fait; mais la femme et trois de ses sœurs qui l'on veu, sont vivantes pour en tesmoigner la vérité. » (Chap. 47, p. 211.)

J'ai rapporté cette observation en entier, parce qu'on y voit bien le mécanisme suivant lequel se forme le nœud simple; et jusqu'à Baudelocque, les auteurs ont partagé la même opinion sur les dangers que ces nœuds font courir au fœtus. Voici ce qu'en dit Mauriceau : « Il y a des enfants qui ont le cordon si extraordinairement long que j'ai

vu celui d'une demoiselle que j'accouchai le 2 avril 1675, venir au monde ayant le cordon de l'ombilic noué d'un véritable nœud, qui ne s'était pu faire que par la grande longueur de son cordon, qui avait plus d'une aulne et un quart, et dont il s'était fait un cercle en flottant au milieu des eaux, dans lequel il fallait nécessairement que tout le corps de l'enfant eût passé, en se trouvant au ventre de sa mère. Ce nœud était étroitement serré ; mais vraisemblablement son resserrement n'était arrivé que dans le moment de la sortie de l'enfant, et en tirant ce cordon pour délivrer la mère ; car s'il eût été ainsi serré dans le ventre de la mère, l'enfant aurait certainement péri, à cause que le sang dont il était pour lors nourri n'aurait pas pu avoir son mouvement libre au travers du nœud. J'ai encore trouvé un semblable nœud au cordon des enfants de sept autres différentes femmes que j'ai accouchées depuis ce temps-là, lequel nœud n'avait pareillement pu s'y faire que par la même cause de l'extraordinaire longueur que tous les cordons de ses enfants avaient. » (Tome 1er, p. 228.)

Les huit enfants, cinq garçons et trois filles, étaient vivants.

Smellie parle des nœuds simples du cordon dans quatre endroits différents de son ouvrage : il en a fait graver un exemple. Plusieurs des enfants sur lesquels il a observé ces nœuds étaient morts, et cependant il n'attribue pas toujours la mort à cette cause. Puzos et Levret n'en citent pas d'exemple ; mais ils en font mention à l'article des causes qui peuvent faire périr le fœtus.

J.-L. Baudelocque a beaucoup ajouté sur ce sujet comme sur tant d'autres à ce qui avait été dit avant lui. Il a plusieurs fois rencontré un nœud simple, quelquefois deux

nœuds simples sur le même cordon à une certaine distance l'un de l'autre : enfin il a trouvé un cordon qui présentait un triple nœud sur le même endroit. Ce triple nœud est gravé dans son ouvrage sur l'art de l'accouchement.

Baudelocque n'admet pas, comme ses devanciers, que le nœud du cordon puisse se serrer au point d'intercepter le cours du sang et de faire périr le fœtus. Il a toujours trouvé aussi forts que de coutume les enfants dont le cordon ombilical présentait un ou plusieurs nœuds. Le triple nœud dont il parle était aussi serré que puisse l'être aucun autre nœud en pareil cas, et cependant l'enfant se portait très-bien : il pesait au moins sept livres. Je possède ce nœud qui a été conservé dans l'esprit-de-vin : je l'ai examiné bien attentivement, et en me rappelant qu'il n'a pas fait périr l'enfant qui le portait, qu'il n'a pas nui au développement de cet enfant, je conçois difficilement qu'un autre nœud puisse compromettre la vie du fœtus : il faudrait qu'au nœud vînt se joindre un entortillement du cordon sur quelque partie de l'enfant, entortillement disposé de telle manière qu'il en résultât un grand tiraillement sur le nœud. Aussi, lorsqu'un enfant mort présente le cordon noué, il faut le plus souvent chercher ailleurs la cause de la mort.

Baudelocque admet pour la formation des nœuds simples l'explication donnée par L. Bourgeoise et reproduite par Mauriceau. Il fait remarquer que souvent le nœud ne se forme qu'au moment où l'enfant sort de la matrice ; et je répéterai avec Mauriceau que fréquemment il est serré par la traction exercée sur le cordon pour opérer la délivrance. On ne conçoit pas aussi clairement, dit Baudelocque, comment le cordon peut se nouer jusqu'à trois fois dans le même endroit et s'entrelacer en manière de

natte. On ne conçoit guère plus clairement la formation d'un double nœud; et la situation de celui que j'ai observé, à 9 centimètres de l'ombilic, me porte à croire qu'une pareille disposition du cordon doit dépendre d'une conformation première.

SUR LA MEMBRANE CADUQUE.

(*Note communiquée par M. le docteur* M.....)

Dans un mémoire sur l'origine de la membrane caduque dans l'espèce humaine, que M. Coste a lu à l'Académie des Sciences, le 11 juillet dernier, il est dit que cette membrane n'est autre chose qu'une exfoliation de la couche interne de la substance même de la matrice présentant trois ouvertures; que l'œuf, par cela même, au lieu d'être placé à la face externe de la caduque qu'il déprimerait, parvient au contraire dans sa cavité et s'en trouve par conséquent totalement enveloppé, même du côté du placenta, à la formation duquel elle prend une part.

M. Lesauvage, à l'occasion de la lecture de ce mémoire, a adressé à l'Académie une réclamation de priorité en rappelant qu'il a établi par des expériences publiées en 1837 les faits cités par M. Coste comme nouveaux.

Sans vouloir nous immiscer dans cette querelle de priorité, nous invitons nos lecteurs à jeter un coup-d'œil sur les *Annali universali di medicina* du docteur Omodei (vol. 45, 1833, pag. 158); ils y trouveront l'extrait d'un mémoire du docteur Seiler sur la matrice et sur l'œuf humain, pendant les premiers mois de la grossesse, où ils

liront le passage suivant : « La membrane *decidua* n'est » pas du tout un corps de nouvelle formation, mais tout » simplement la membrane interne de l'utérus. Aussitôt » après le coït fécond, l'action ou la force reproductive » de la matrice et des ovaires est éveillée; la membrane » muqueuse de l'utérus s'enfle; ses vaisseaux sanguins » grossissent, ses liaisons avec le tissu fibreux et vascu- » laire se relâchent tellement que vers la fin du troisième » mois de la grossesse elle peut s'en détacher facilement, » etc..... Comme la véritable *decidua* n'est pas un tissu » de *nouvelle formation*, le résultat d'une phlogose, mais » bien la *même membrane interne de l'utérus renflée et dé-* » *tachée des autres tissus*, il conviendrait mieux de l'ap- » peler *membrana interna uteri evoluta*, que *decidua*, etc., » etc..... Avant que la susdite couche lisse et interne de » cette membrane soit formée, les ouvertures des trom- » pes vers la cavité utérine sont libres, ainsi que l'ouver- » ture utéro-vaginale, sur laquelle il ne s'est encore formé » aucune membrane. Mais aussitôt que la *decidua reflexa* » et la couche interne de la *decidua vera* sont formées, » la communication de la cavité utérine avec les trompes » Fallopiennes et avec le col de la matrice cesse, etc. »

Dans toutes les matrices en état de gestation, le docteur Seiler dit avoir toujours observé la membrane interne de l'œuf en contact avec la partie de la muqueuse utérine qui répond à la paroi antérieure de l'utérus.

Voilà assez de citations pour mettre le lecteur en état de prononcer sur la question de priorité. M. Seiler a publié ses observations sur la membrane caduque en 1833, M. Lesauvage en 1837, et M. Coste en 1842 !

NOUVEAU PROCÉDÉ

RATIONNEL

POUR LES RÉDUCTIONS DES LUXATIONS DU COUDE.

Par M. le Dr DUPARCQUE, D.-M.-P.,

Membre de la Société de médecine de Paris.

Dans un mémoire inséré dans le dernier numéro de la *Revue* (juillet 1842, page 21), M. le docteur Filugelli attribue les obstacles que les luxations de quelques articulations opposent à la réduction, non, du moins exclusivement, à la contraction des muscles, comme on le professe généralement, mais à une sorte d'accrochement des os luxés. Cette opinion est très-fondée, et il y a longtemps que j'avais reconnu et noté cette cause de difficultés, et particulièrement pour la réduction des luxations du coude en arrière. C'est cette pensée qui m'a conduit à l'emploi d'un procédé pour lequel j'ai pu obtenir, avec une très-grande facilité, la réduction d'une luxation de cette espèce, contre laquelle avaient échoué les moyens ordinaires, c'est-à-dire l'extension dans la direction de l'axe du membre luxé, ainsi que cela est déjà arrivé bien des fois en pareille occasion. M. Filugelli, dans le mémoire précité, dit avoir observé deux fois de ces luxations qui ne purent être réduites, quoiqu'elles fussent récentes. Il rappelle qu'on trouve dans les annales de la science bon nombre de ces déplacements restés irréduits. Je regarde comme probable que, si dans la plupart des autres cas on a pu obtenir plus ou moins facilement la réduction par les moyens or-

dinaires, c'est qu'alors la luxation était incomplète, l'extrémité cubitale de l'humérus s'était arrêtée sur le rebord de l'apophyse coronoïde du cubitus, ou que celle-ci avait été fracturée par le fait de l'accident, ou enfin que les muscles et les ligaments étaient naturellement lâches, ou bien avaient eux-mêmes été plus ou moins déchirés, de manière à n'offrir que peu d'obstacles aux efforts extensifs de la réduction.

Dans cette luxation, en effet, comme l'a très-bien remarqué notre honorable confrère de Parme, l'extrémité cubitale de l'humérus vient se placer sur la face antérieure de l'extrémité supérieure des os de l'avant-bras, au-dessous de l'apophyse coronoïde qui se loge dans la cavité olécranienne, et du rebord de la cavité articulaire du radius, alors placé derrière le condyle externe de l'humérus (et non du cubitus comme le dit le mémoire, probablement par erreur typographique). Or, comme cette apophyse coronoïde du cubitus et le rebord articulaire du radius sont plus élevés que la face antérieure de ces os sur laquelle se trouve actuellement l'extrémité de l'humérus déplacé, celle-ci s'arcboute contre ces parties plus saillantes, elle s'y trouve fortement appliquée par les muscles biceps et brachial antérieur; cet arcboutement doit augmenter en raison directe des efforts de réduction dans les tractions parallèles aux os que l'on fait pour le procédé ordinaire; du moins doit-il y avoir ici un frottement violent qui épuise une grande partie de ces efforts, lesquels, d'autre part, ayant pour effet d'augmenter l'état de tension déjà outrée, dans lequel se trouvent les muscles biceps et brachial antérieur, ajoutent ainsi à l'obstacle que l'on cherche à vaincre par ces efforts. Peut-être les déchirements que l'on a quelquefois trouvés alors dans ces muscles ont-ils été plutôt le

résultat de ces tractions irrationnelles que du fait de la luxation elle-même. Le procédé que j'ai employé prévient ces accidents; par lui se trouvent efficacement et facilement surmontés, ou plutôt écartés les obstacles qui rendent la réduction de cette espèce de luxation si difficile et quelquefois même impossible par les moyens ordinaires.

L'exposé circonstancié du fait dans lequel j'ai pour la première fois appliqué ce procédé fera mieux concevoir son but, son mécanisme et ses résultats, qu'une simple description.

C'était le 24 mars 1813 : M. Gallois, tenant roulage dans l'historique hôtel de Sens, quartier St-Paul, était *sorti* à cheval, avec ses amis, pour favoriser la digestion d'un bon déjeûner et dissiper les vapeurs des copieuses libations dont ils l'avaient arrosé. Arrivé près la barrière du Trône, M. G. perd l'équilibre, et tombe de cheval sur la paume de la main droite, le bras tendu. Il sent un craquement dans le coude de ce membre et une douleur si violente qu'il perd connaissance. On le transporte chez un marchand de vin voisin où il revient à lui ; trois chirurgiens du quartier, aidés des trois amis du blessé et d'un garçon marchand de vin, tentèrent la réduction de luxation du coude en arrière, qui existait au plus haut degré ; appelé moi-même, en qualité d'interne, ce jour-là de garde à l'Hôpital-St-Antoine, je fus quelques instants témoin des efforts inouis que l'on répétait pour la troisième ou quatrième fois ; rien ne bougeait ; le blessé, épuisé par les douleurs atroces qu'il venait de subir, criait merci et demandait en grâce ou qu'on l'abandonnât ou qu'on l'achevât. J'obtins enfin, mais avec peine, d'essayer encore une fois la réduction et de diriger l'opération.

Je laissai les trois aides placés à la contre-extension pour

la continuer. Je chargeai mon ami, qui m'avait accompagné, et qui, quoique n'étant pas de l'art, me comprenait parfaitement, je le chargeai, dis-je, de saisir fortement la main et l'extrémité inférieure de l'avant-bras, de manière à fixer cette partie, et même à la porter dans le sens de la flexion, à mesure que l'opération marcherait. J'embrassai la partie supérieure de cet avant-bras, le plus près possible de la luxation, dans l'anse d'une longue serviette pliée en cravate dont je confiai les chefs réunis à deux des assistants qui devaient tirer graduellement et fortement sur ce lien. Par ces dispositions, l'avant-bras représente dans le premier temps un levier du troisième genre, le point d'appui étant à son extrémité carpienne, la résistance à l'extrémité cubitale, et la puissance sur ce corps même de l'avant-bras, mais placé très-près de la résistance, condition la plus favorable à l'action de la puissance dans ce genre de levier. Mais du moment où, en exerçant cette puissance par des tractions sur la serviette, on tend à fléchir l'avant-bras, le levier se trouve transformé en premier genre. Et en effet le point de tractions devient centre du mouvement de bascule de l'avant-bras par l'impulsion de flexion imprimée à son extrémité inférieure, impulsion qui a pour effet, d'abaisser l'extrémité cubitale.

Il est facile de concevoir les résultats de ce mécanisme, de ce procédé.

1° Le maintien en position fixe de l'extrémité inférieure de l'avant-bras, puis la pression exercée sur elle de manière à porter cette partie de plus en plus dans la flexion, ont pour but et pour effet certain non seulement de ne pas ajouter à l'état de tension déjà outrée dans lequel se trouvent les muscles biceps et brachial antérieurs, premier

obstacle au procédé ordinaire de réduction, mais même de faire cesser cet état de tension. Il est vrai que par ce mécanisme, en abaissant l'olécrâne par le mouvement de bascule, on fait porter la tension sur le muscle brachial postérieur. Mais comme ce muscle est par le fait de ce genre de luxation dans un état de relâchement proportionné à l'étendue du déplacement, la tension qu'on lui imprime ne peut le ramener tout au plus qu'au degré normal : par conséquent la résistance est nulle de ce côté.

2° Les tractions, remplaçant l'extension que l'on exerce sur l'extrémité supérieure de l'avant-bras au moyen de la serviette qui l'embrasse, ont pour effet d'écarter, d'éloigner cette partie de l'extrémité articulaire de l'humérus si fortement appliquée contre elle dans ces cas. Le mouvement de flexion imprimée en même temps à l'avant-bras concourt puissamment à produire cet effet. L'humérus se trouve ainsi ramené au niveau ou à la hauteur de l'éminence coronoïde et du rebord articulaire du cubitus. Aussi, parvenu à ce temps de l'opération dans le cas présent, ne fallût-il qu'une pression modérée, exercée, d'une part, avec mes doigts réunis, sur la saillie de l'humérus en avant, et, d'autre part, en arrière, par mes deux pouces croisés sur l'olécrâne, de manière à diriger ces parties opposées l'une vers l'autre, pour obtenir la réduction du premier coup. Elle fut annoncée par un bruit éclatant et confirmée par la flexion complète du bras, la facilité de le ramener dans une extension entière, par la disparition de la difformité énorme que le coude présentait quelques instants auparavant, et par la liberté des mouvements que cette articulation recouvra instantanément.

Quatre personnes pourraient suffire pour opérer ce mode de réduction : une pour la contre extension, fixe le corps et la partie supérieure de l'humérus; une seconde, pour tenir l'extrémité carpienne de l'avant-bras, la fixer et la pousser dans la direction de la flexion; une troisième, chargée de tirer sur la serviette placée à la partie supérieure de l'avant-bras, et qui représente simultanément le point d'appui et la puissance extensive; et enfin le chirurgien, qui, placé derrière l'articulation luxée, l'embrasse avec ses deux mains dont les doigts se croisent ou se recouvrent sur l'extrémité cubitale de l'humérus, saillante au pli du coude, et dont les pouces se recouvrent sur l'olécrâne.

Les moyens antiphlogistiques ordinaires prévinrent et détruisirent les accidents consécutifs, qui néanmoins furent intenses et prolongés; mais le blessé put enfin se servir de son membre comme autrefois.

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

ANALYSES D'OUVRAGES.

Traité pratique des maladies des organes génito-urinaires, par le docteur CIVIALE. *Troisième et dernière partie. (Maladies du corps de la vessie.)*

C'est de quelques années seulement que date l'étude approfondie des maladies des voies urinaires; tandis que le tube digestif avait attiré l'attention unanime des médecins,

que les appareils respiratoires, circulatoires, encéphaliques, étaient l'objet de si brillantes recherches, les maladies de l'appareil sécréteur et excréteur des urines se trouvaient à peine ébauchées, les publications incomplètes de *Chopart*, de *Desault* et tout ce que l'ingénieux *Ducamp* avait pu y ajouter ne pouvaient suffire aux besoins de la pratique que la découverte de la lithotritie avait à la vérité simplifiée sur certains points. Les recherches de l'important ouvrage de M. Rayer ont en quelque sorte fait surgir la pathologie des reins, dont quelques affections seulement étaient connues. De son côté, M. Civiale, auquel la lithotritie faisait déjà une si grande part d'inventeur et de praticien, entreprenait une histoire complète des maladies des organes génito-urinaires qu'il a rapidement conduite à sa fin et dont nous allons faire connaître le dernier volume.

Sous le titre de *Stagnation de l'urine*, M. Civiale traite d'une perturbation de l'excrétion urinaire qu'on a confondue trop souvent avec la rétention d'urine, mais qu'on doit en distinguer, parce qu'elle tient à des causes différentes et qu'elle exige un traitement particulier auquel l'auteur a donné une attention toute spéciale. Le premier degré de cette stagnation de l'urine dans la vessie, par simple atôme, doit être combattu par les moyens les plus simples, tels que les applications refrigérentes, l'introduction des bougies, les injections froides dans la vessie ; mais ces moyens sont loin de suffire, quand le séjour prolongé de l'urine tient à des causes plus compliquées, à des infirmités propres à la vieillesse, par exemple ; c'est dans ces cas qu'il faut commencer par vider la vessie au moyen du cathétérisme, et combattre ensuite les causes qui s'opposent momentanément à l'excrétion du fluide urinaire.

L'auteur recommande dans ce cas de sonder plusieurs fois par jour le malade, et de ne lui laisser la sonde à demeure que quand on a acquis la preuve que la vessie a perdu son excessive irritabilité et que le contact d'un corps étranger ne peut causer d'accident. Au cathétérisme on fait succéder les injections froides, les irrigations, les douches, jusqu'à ce qu'on soit parvenu à rendre à la vessie la force suffisante à l'expulsion des urines. M. Civiale croit qu'il est rarement utile de recourir aux vésicatoires, au seton, au moxa, aux excitants internes des voies urinaires, pour triompher de l'atonie de la vessie et empêcher la stagnation pure et simple de l'urine. Ces moyens énergiques doivent être réservés pour des cas plus graves, comme ceux qui reconnaissent pour cause des maladies de l'urètre, des lésions de la prostate, des fongus et autres tumeurs des parois vésicales, une détérioration profonde de la santé, une affection de l'appareil cérébro-spinal, etc.

La rétention d'urine, dit M. Civiale, est un symptôme que divers états morbides des organes urinaires peuvent produire. Les praticiens s'en sont beaucoup occupés, parce qu'elle est très-commune, qu'elle présente fréquemment des accidents effrayants, et qu'elle peut entraîner à sa suite les désordres les plus graves, même la mort. Mais l'habitude de la considérer comme une maladie pour ainsi dire essentielle, et d'attribuer aux lésions qui la déterminent le caractère de simples causes, en a singulièrement compliqué l'histoire. Dans des ouvrages justement estimés d'ailleurs, on trouve les opinions les plus hasardées, les plus excentriques, en opposition avec ce que la pratique nous présente ; et dans un grand nombre d'écrits spéciaux, le

l'inappréciable avantage de graver plus profondément dans la mémoire les inductions ou vérités que l'ouvrage renferme. — M. Civiale traite spécialement des hématuries, d'après leurs causes, qu'il groupe sous neuf chefs principaux, d'où autant de variétés de pissement de sang qui réclament souvent des moyens particuliers et même différents. Il fait remarquer que cet accident, qui effraie beaucoup les malades, n'a pas toujours la gravité qu'on lui suppose ; ses commencements sont, dans les cas simples, de peu d'importance, et il est facile d'y remédier. Mais lorsqu'on néglige le mal à son origine, lorsque par suite d'insouciance ou d'irrésolution, on laisse la maladie faire des progrès insensibles, d'autres lésions viennent s'y joindre, et l'affection complexe devient alors mortelle : telle fut celle qui nous enleva feu M. Itard, de regrettable mémoire, dont notre auteur rapporte sommairement l'observation.

M. Civiale a consacré plus de 150 pages à l'histoire du catarrhe de la vessie; il n'est peut-être pas de maladie, dit-il, qu'on rencontre plus souvent dans la pratique, et cependant malgré un nombre considérable de travaux anciens et modernes dont le catarrhe vésical a été le sujet, on citerait difficilement une maladie sur laquelle on ait des opinions moins arrêtées. On semble avoir mis de côté l'observation pour se jeter à corps perdu dans les abstractions sur la nature de cette affection, ses causes, sa marche, etc. Les caractères qu'on lui attribue ont été pour la plupart plutôt imaginés que déduits des résultats de l'expérience, et le traitement purement empirique. En sorte qu'une simple affection catarrhale est devenue un être mystérieux que chacun envisage au gré de son caprice. De là la nécessité

de soumettre cette maladie à un examen sérieux. L'auteur n'a pas fait défaut à cette tâche, comme nous allons le voir.

L'état muqueux, gluant, plastique des urines, a été de tout temps considéré comme le principal symptôme du catarrhe de la vessie; l'auteur fait voir que cet état peut dépendre de lésions très-diverses autres que celles de la phlegmasie de la membrane muqueuse du réservoir de l'urine. La présence de l'albumine, mêlée à d'autres substances dans les urines, peut les rendre poisseuses, muqueuses, crêmeuses, sanguinolentes, et leur donner un aspect analogue à celui qu'elles ont dans le catarrhe vésical. La matière albumineuse se convertit quelquefois en flocons, qui prennent une teinte jaunâtre, et se durcissent au point de ne pouvoir être expulsés qu'avec difficulté. Mais ce n'est pas seulement l'albumine qui peut modifier l'aspect du liquide urinaire; des matières grasses, qu'on y rencontre quelquefois, lui donnent aussi des apparences qui pourraient faire croire à une affection catarrhale. L'urine prend alors un aspect crêmeux, une teinte opaline, et une consistance gélatineuse, bien capables d'en imposer. L'urine normale même épaissie, contenant moins d'eau qu'à l'ordinaire, et d'autres principes altérés, la mucosité fournie par la membrane muqueuse surexcitée, les débris d'une sorte de desquamation à laquelle est sujet l'épithélium de cette membrane, sont autant de causes qui peuvent encore induire le praticien en erreur. L'auteur affirme avoir vu des cas semblables effrayer les malades et leur persuader à tort qu'ils étaient atteints d'une inflammation de la vessie. La conséquence naturelle de ces remarques, portant sur la diversité des altérations de couleur, de consistance, de densité de l'urine, est que le diagnostic

Traité pratique de l'amaurose ou goutte sereine, avec des recherches nouvelles sur les méthodes spéciales de traitement qui conviennent à ses différentes espèces; par J.-C. PETREQUIN, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, etc. 1 vol. in-8°. Chez Cousin, rue Jacob, 21. — Paris, 1841.

Quand on parcourt les traités d'ophtalmologie, on est frappé de la gravité du pronostic porté par presque tous les auteurs sur l'amaurose ou goutte sereine. Entraînés par l'idée préconçue que cette maladie était due constamment à une paralysie simple, ils dirigeaient leur traitement en conséquence et n'avaient que des insuccès. Quelques cliniciens, guidés par l'étude des faits, et frappés de la discordance de ceux-ci avec les théories qui fléchissaient à chaque pas, sentirent le vide de la science à cet égard et résolurent de le combler par des travaux plus exacts. Parmi ces hommes de zèle et d'étude se place M. Pétrequin. Le livre qu'il vient de publier a pour but de démontrer par l'expérience qu'on a eu tort d'attribuer, dans tous les cas, l'amaurose à une paralysie incurable.

Pour arriver à ce but, il fallait, avant tout, distinguer les espèces, afin d'indiquer précisément le traitement convenable à chacune d'elles. Ici naissaient des difficultés : fallait-il, suivant les errements de l'école anatomo-pathologique, fonder une classification sur des éléments anatomiques et dénommer les espèces d'après leur siége? Fallait-il commettre une pareille faute au mépris des exigences thérapeutiques? M. Pétrequin a fait preuve de sagesse et de tact en évitant l'écueil. « Classer les amauroses, nous » dit-il, d'après les nuances fugaces et incertaines de siége

» est une méthode moins vraie et surtout moins féconde » en applications que la classification qui repose sur la » nature propre de la maladie. » Partant de ces principes, l'auteur distingue six espèces d'amaurose qu'il désigne par les épithètes d'asthénique, nerveuse, vermineuse, traumatique, congestive, torpide et organique. Dans la description de chacune de ces espèces, M. Pétrequin se préoccupe moins de formuler une symptomatologie grave et sonore, mais toute théorique, que de présenter l'ensemble des signes, tel qu'on le trouve au lit du malade, et tel surtout que les praticiens ont besoin de le connaître. Je ne veux pas m'arrêter à ces descriptions; cependant je vais signaler un symptôme que je crois utile de rappeler à cause des avantages qu'on pourra en tirer dans la pratique, je veux parler de la couleur des bluettes ignées. « J'ai tiré, nous dit » l'auteur, des signes utiles de la couleur de ces étincelles : » quand elles passent du blanc au bleu ou au violet, puis au » jaune éclatant et au rouge, l'amaurose augmente; elle di- » minue, au contraire, lorsque, durant le traitement, elles » changent et repassent du rouge ou du jaune au violet et » au bleu, et enfin au blanc; c'est un présage heureux. »

Tous les efforts de l'auteur aboutissent à un traitement rationnel que l'on comprend facilement : ce traitement doit toujours être approprié à la nature de la maladie. Conséquent avec les principes posés, M. Petrequin ne pouvait adopter un traitement unique et toujours le même, puisqu'il ne reconnaît d'unité ni dans le siége, ni dans la cause; de là un nombre de méthodes thérapeutiques égal à celui des espèces reconnues. Ainsi, et d'une manière générale, ce traitement est tonique dans l'amaurose asthénique; *insecticide* dans l'amaurose vermineuse; ordinairement

rons ici le conseil que nous avons récemment donné, dans une notice expresse, de recommander aux gastralgiques de bien triturer les aliments, de les varier selon leur goût pour les différents repas, en évitant la variété simultanée des espèces, d'user sobrement de pain, et de n'en manger que de rassis, etc.

Electro-puncture dans le traitement des surdités tenant à la paralysie du nerf acoustique; par M. Jobert de Lamballe. — Chez les sujets que M. Jobert a traités par l'électro-puncture, la surdité avait été particulièrement déterminée, d'une manière lente, par une otalgie ou otite non suppurée, suite de l'exposition à un courant d'air. Voici comment on procède à l'opération :

« La sonde-Itard est introduite par la fosse nasale dans la trompe d'Eustachi, et dans cette sonde on fait glisser une aiguille fine à acupuncture, de manière à venir l'implanter dans un point des parois de la trompe d'Eustachi, tandis que l'autre extrémité sort en dehors de la sonde; une autre aiguille à acupuncture est implantée dans la membrane du tympan. Cela fait, l'on passe l'un des fils conducteurs d'une pile galvanique, dont l'auge est préalablement chargée avec l'eau et l'acide hydrochlorique, dans l'œil d'une des aiguilles, et, au moyen du conducteur de l'autre pôle de la pile, on touche l'aiguille opposée. »

Tel est le procédé à l'aide duquel M. Jobert a obtenu la guérison de plusieurs surdités occasionées par une récente paralysie du nerf acoustique; il se bornait ordinairement à une seule commotion électrique dans chaque séance, pour recommencer dans l'intervalle de huit jours.

Iodure de potassium dans les ulcères atoniques. — Les succès confirmés par tant de praticiens de l'iodure de potassium contre les accidents secondaires et tertiaires

de la syphilis révèlent en lui un modificateur puissant de l'économie. Il est difficile, en même temps, de ne voir en lui qu'un spécifique, à moins que la syphilis n'en compte plusieurs, car le mercure n'est certainement pas déshérité. Il paraît, en effet, que l'iodure de potassium à l'intérieur peut rendre d'éminents services dans les ulcères atoniques non vénériens. Tel est du moins l'opinion que tendraient à motiver quelques essais faits par M. Lisfranc. A. L.

Annales d'obstétrique, Tom. Ier, 1842.

On avait lieu de s'étonner qu'en France, où l'art des accouchements brille depuis de longues années d'un si vif éclat, où il a été porté à un haut degré de perfection par des hommes dont le nom est devenu européen, où les traités spéciaux se comptent par centaines, il n'existât pas un seul organe périodique et spécial pour l'obstétrique. Les essais tentés jusqu'à ce jour ont été infructueux et peu propres à encourager les auteurs; c'est que, chez nous, à ces distinctions futiles qui avaient fait le sujet d'une polémique ridicule entre les médecins et les chirurgiens des 17e et 18e siècles, a succédé une sorte de fusion nécessaire et presque générale des différentes branches de l'art de guérir, et que les journaux s'occupent indistinctement de toutes, en tant qu'elles offrent des faits utiles et intéressants. Cependant, aujourd'hui qu'il existe des annales pour la médecine et la chirurgie, l'obstétrique, branche de la chirurgie, il est vrai, mais qui a néanmoins son caractère particulier, mérite réellement un organe spécial dans la presse médicale. L'Allemagne nous en a donné depuis longtemps l'exemple, et elle possède sur les accouchements des feuilles périodiques d'un mérite et d'une réputation incontestables.

Aussi ne pouvons-nous trop louer MM. Andrieux, de Brioude, et Lubansky d'avoir eu le courage de chercher de nouveau à édifier des annales d'obstétrique; et la manière dont ils ont rempli jusqu'à présent cette tâche difficile fait espérer qu'ils pourront élever leur œuvre utile sur des bases solides et durables, aidés qu'ils sont d'ailleurs par des noms qui font autorité dans la science. Nous nous hâtons donc d'offrir à nos lecteurs une revue rapide de quelques-uns des articles contenus dans les six premiers numéros.

I. *Antéversions de l'utérus guéries par la position.* — M. Godefroy, professeur d'accouchements à l'école de Rennes, vient de mettre en pratique, dans deux cas d'antéversions de l'utérus pendant la grossesse, un procédé analogue à celui conseillé pour la réduction de quelques hernies inguinales. Les deux femmes chez lesquelles cet accident eut lieu étaient enceintes de quatre mois; et les détails que M. Godefroy donne ne laissent aucun doute sur l'espèce de déplacement de la matrice. Dans ces deux circonstances, l'antéversion fut réduite par la position seule, qui consista à faire placer la femme sur le bord du lit la tête en bas, s'appuyant des mains et de la tête sur le parquet, soutenue par les épaules s'il était nécessaire, la partie antérieure des cuisses et des jambes reposant seule sur le lit. Comme on le comprend, dans cette attitude, les intestins sont entraînés par leur poids vers le diaphragme, il se fait un vide dans le bassin, et la matrice, n'étant plus pressée, est aussi sollicitée par sa pesanteur à se porter vers le centre de l'abdomen, et, par conséquent, à reprendre sa position normale. L'évènement répondit dans les deux cas à l'attente du chirurgien, et cela au bout de quinze et vingt minutes. La situation horizontale fit le reste. M. Godefroy pense enfin qu'un

moyen analogue pourrait être mis en usage pour les rétroversions, déplacements beaucoup plus grands que les précédents.

Ventouse utérine. — Le docteur Andrieux (de Brioude), pénétré depuis longtemps de l'influence de la suppression des règles sur l'organisme, et rappelant la foule d'affections variées auxquelles elle peut donner lieu, a eu recours à un moyen particulier pour combattre l'aménorrhée. Ce moyen, qui consiste en un appareil qu'il nomme *speculum-pompe* ou ventouse utérine dont il a éprouvé déjà l'heureux effet dans un certain nombre de circonstances, et qui remplace très-efficacement tous les remèdes employés ordinairement pour congestionner l'utérus et ramener les règles.

L'appareil consiste en un speculum en cuivre portant, à six pouces de son extrémité la plus petite, une tubulure pour l'insertion d'une pompe ordinaire à ventouses. L'extrémité extérieure est garnie d'une lame de verre afin de laisser voir sur quelles parties on agit, et à quel degré. Le tube du speculum se dévisse à volonté afin de le remplacer par un plus petit ou par un plus grand, suivant la grandeur des parties. — Le speculum ainsi construit étant appliqué sur le col utérin, on fait le vide, et c'est la sagacité seule et l'habitude du médecin qui peuvent faire juger jusqu'à quel degré il doit être fait, et jusqu'à quel point il faut congestionner l'organe. Aujourd'hui M. Andrieux possède seize observations qui témoignent en faveur de son instrument; voici quelles sont ses conclusions :

1o Le speculum-pompe a été appliqué seize fois; le succès a été complet dans douze cas dont les malades ont été suivies pendant longtemps. Dans trois cas, les règles ont paru comme d'habitude à la suite de l'application,

mais les malades ont été perdues de vue. Dans le seizième cas, il y a eu du sang ; si ce fait ne peut pas être considéré comme un succès, il est loin d'être un revers ; car on a eu du sang, et si les règles n'ont pas coulé, plusieurs raisons l'expliquent : la malade a refusé la seconde application ; de plus, elle était soupçonnée de tuberculisation pulmonaire.

Somme toute, seize essais, seize fois du sang ; douze fois les règles ont coulé pendant longtemps après le traitement et n'ont été interrompues que par des grossesses. Trois fois les règles ont bien coulé le premier mois, les femmes ont été ensuite perdues de vue. Une fois après une seule séance, apparition de sang. L'instrument que nous proposons a donc été utile.

2° Il n'est jamais résulté d'inconvénients de son application.

3° Les femmes ne font pas plus de difficulté pour son emploi que pour celui du speculum.

4° Dans les faits rapportés, le succès a eu lieu le premier mois.

5° La construction de l'appareil est telle qu'il ne peut donner lieu à aucun accident, pour peu que l'on y porte d'attention.

6° Il est des circonstances où ce moyen peut rendre les plus grands services, il en est d'autres dans lesquelles il doit être rejeté ; nous ferons ailleurs cette distinction.

7° On doit prendre garde que le col utérin soit bien logé dans le tube, agir sans brusquerie et suivre toujours de l'œil l'opération.

8° Il faut commencer les séances un ou deux jours avant l'époque présumée.

9° Quoique, dans la plupart des faits rapportés, le speculum-pompe ait été employé seul, et il devait en être

ainsi puisqu'on expérimentait, il serait bon d'aider son action d'autres moyens.

10° La théorie de MM. Négrier et Gendrin sur la cause occasionnelle des règles ne détruit pas le moins du monde la rationalité de l'emploi du speculum-pompe.

11° Le speculum-pompe a réussi dans plusieurs cas où, employés par des praticiens habiles, tous les autres moyens ordinaires avaient échoué.

12° L'instrument ne peut être appliqué chez les jeunes filles vierges; mais nous avons pour ces circonstances une ventouse qui présente une forme spéciale.

II. *De la péritonite essentielle chez les jeunes filles*, par le docteur Duparcque. — On chercherait vainement dans les archives de la médecine quelques observations de péritonite essentielle ou idiopathique chez les jeunes sujets. Tous les faits publiés ont trait à des péritonites secondaires ou consécutives, à des tubercules ou granulations, à des ulcérations, à des perforations de l'estomac, des intestins ou de tout autre viscère. Aussi l'opinion générale est-elle qu'il n'existe pas de péritonite essentielle dans les premiers âges; M. Duparcque vient par des faits chercher à détruire cette prévention, qui vient sans doute et de la rareté de cette affection à cette époque, et de ce que les phénomènes sympathiques sont souvent assez intenses pour masquer les symptômes locaux, ainsi que cela a lieu chez les enfants, en général, pour les phlegmasies abdominales. Voici le résumé des considérations générales que les observations recueillies par M. Duparcque lui ont fournies.

Causes. — C'est dans l'intervalle de huit à onze ans, après la seconde dentition et bien avant la puberté, que la péritonite aiguë se montrerait chez les jeunes filles.

Toutes celles que l'auteur a observées étaient d'une bonne constitution; aucune ne présentait de signes de scrofules, ni d'état lymphatique prononcé, ni de tubercules. La maladie a donc du être attribuée soit à des suppressions de transpiration, soit à des secousses violentes, et enfin à une prédisposition particulière individuelle.

Prodromes. — Le vomissement chez quelques enfants, chez d'autres une douleur aiguë limitée ou étendue dans l'abdomen, la perte de l'appétit, de la gaîté et du sommeil, etc., etc., tels sont les symptômes présentés deux ou trois jours d'avance. Les péritonites consécutives à la phlegmasiation des tubercules présentent des prodromes prolongés; celles qui succèdent à des épanchements par ulcérations ou ruptures se montrent subitement sans prodromes, ou bien précédées plus ou moins longtemps à l'avance des symptômes propres aux affections qui elles-mêmes ont amené la rupture du viscère.

Symptômes.—« Cette invasion s'annonce par des douleurs aiguës dans l'abdomen, accompagnées de frisson, de froid général ordinairement très-intense, de vomissements soit spontanés, soit provoqués par l'introduction dans l'estomac de boissons même les plus douces et prises en petite quantité. On a vu chez toutes nos malades les symptômes locaux de la péritonite assez franchement dessinés et faciles à distinguer, si ce n'est pour les opinions préconçues et les esprits prévenus, des phlegmasies gastro-intestinales. Toutes ont aussi offert des symptômes cérébraux assez intenses pour qu'ils aient une fois attiré spécialement l'attention du médecin, et l'aient détournée du siége essentiel de la maladie. »

« Je mentionnerai spécialement, parmi les signes de

péritonite observés, celui qui m'a dénoté l'existence de l'épanchement, même à son début.

Tant que le malade reste couché en supination, ce signe manque ; parce que le liquide tombe dans les parties les plus déclives des lombes, du bassin, ou se trouve disséminé entre les circonvolutions intestinales. Mais si on place le malade sur le côté pendant quelques instants, tout le liquide vient se ramasser vers le flanc sur lequel le malade est couché, et qui par cela même représente alors la partie la plus déclive. Replacez alors le malade sur le dos, et explorez aussitôt ce côté de l'abdomen, vous y trouverez de la matité et de la fluctuation manifestes, là où ces signes n'existaient pas auparavant, et qui s'effaceront encore bientôt par les mêmes motifs. »

« *Pronostic.* — Comme pour toutes les péritonites en général, le pronostic de la péritonite chez les jeunes filles est très-grave. On peut heureusement espérer de la maîtriser par une application bien entendue des indications que ce genre de maladie impose. »

« *Traitement.* — Les émissions sanguines doivent d'abord être pratiquées largement, et répétées pour ainsi dire coup sur coup au début de la maladie. La saignée générale doit d'abord être préférée ; peut-être conviendrait-il mieux de la répéter, plutôt que de recourir ensuite aux sangsues et aux ventouses, dont les effets comme saignée sont incertains, infidèles. Quoi qu'il en soit, il ne faut pas craindre d'affaiblir les malades, et ne pas s'effrayer surtout de la débilitation dans laquelle cette médication jette les jeunes enfants. On ne doit pas non plus la pousser trop loin, non pas quant à la répétition de l'émission sanguine, ni à la quantité de sang retiré chaque fois par la lancette, les sangsues et les ventouses, mais relativement à la période de la maladie. Si

» symptômes survenus immédiatement après l'accident.»

Le ventre était très-distendu, et vers l'ombilic existait une hernie du volume d'un gros œuf de poule, constituée par l'épiploon et une anse intestinale exempte de toute lésion; la plaie était arrondie; l'utérus, qui avant l'accident était, au dire de la malade, en avant et un peu à droite, s'était depuis logé dans l'hypocondre et la fosse iliaque gauches. La hernie augmentait à chaque mouvement d'inspiration, quelque faible qu'il fût.

« La plaie, située à onze millimètres en dehors et un » peu au-dessous de l'ombilic, avait deux centimètres » un quart d'étendue; elle était obliquement dirigée de » bas en haut suivant la direction des dernières fibres » du muscle grand oblique, d'avant en arrière et de de- » dans en dehors, sur le côté droit de la ligne blanche, » avec l'axe de laquelle elle formait un angle d'environ » 15 degrés. L'instrument avait intéressé de dehors en » dedans la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les ra- » meaux de l'épigastrique qui le traversent, les branches » vasculaires et nerveuses sus-aponévrotiques, de la » même origine, l'aponévrose, toute l'épaisseur du mus- » cle sterno-pubien droit, le péritoine et l'utérus imme- » diatement placé derrière lui pendant la gestation dans » les derniers mois; l'extrémité supérieure de la solution » de continuité se trouvait donc à un peu moins de 3 » centimètres du tronc de l'artère hypogastrique. »

M. Avenel procéda à la réduction; mais, quels que pussent être ses efforts, il ne put venir à bout de faire entrer tout l'épiploon, dont il retrancha l'excédent; cette ablation donna lieu d'abord à une perte assez considérable de sang, qui ne tarda pas à s'arrêter par l'application d'une éponge imbibée d'eau froide. La suture entortillée avec trois épingles fut longue et laborieuse; mais l'opé-

rateur parvint pourtant à réunir exactement. Une saignée et deux applications de vingt sangsues furent pratiquées pour prévenir la péritonite.

« La position de l'utérus avant la blessure, son déplacement instantané, les mouvements désordonnés du » fœtus, les douleurs utérines, lombaires, iliaques, le » poids existant sur le siége, et plus encore l'écoulement » sanguin abondant par les parties sexuelles, tout mettait » hors de doute la lésion de la matrice. »

L'augmentation du volume du ventre après l'accident fait supposer à M. Avenel qu'une portion des eaux de l'ammios s'était épanchée au dehors de la matrice.

« Ce qui me semble hors de doute, dit-il, c'est que » l'accouchement prématuré devait être la conséquence » inévitable de la blessure. Peu d'instant suffirent pour » confirmer cette opinion ; des douleurs d'expulsion se » manifestèrent presque aussitôt et revinrent toutes les » dix minutes. »

Afin de prévenir le tiraillement, la malade fut placée dans une position demi-fléchie.

La nuit fut agitée. Le 21, à six heures du matin, les contractions devinrent plus fortes ; il fut recommandé à la femme de ne faire aucun effort pour aider l'expulsion. L'abaissement et la dilatation du col n'eurent lieu qu'à quatre heures du soir. A onze heures, la tête, qui avait franchi le détroit supérieur et l'excavation pelvienne, se trouvait arrêtée par les bosses pariétales au détroit inférieur. Craignant qu'elle ne restât longtemps dans cette position, et que les efforts auxquels la femme se livrait malgré elle ne vinssent compromettre le succès de l'opération, M. Avenel appliqua le forceps, et à onze heures et demie eut lieu la sortie d'un enfant du sexe masculin, qui se présenta dans un état de mort apparente, par suite

de la longueur du travail et de la compression exercée autour du cou par deux circulaires du cordon ; mais il fut bientôt rappelé à la vie. L'examen du fœtus apprit qu'il avait échappé à l'action de l'instrument tranchant.

Le placenta éprouvant du retard dans son expulsion, le chirurgien opéra la délivrance artificielle et reconnut que le gâteau vasculaire était implanté à la face antérieure de la matrice, circonstance qui l'avait mis à l'abri de toute blessure.

Rien n'était changé dans les rapports des lèvres de la plaie. Dans la nuit du 23 au 24, époque de la fièvre de lait, parurent quelques symptômes de métrite et la suppression de l'écoulement, qui furent de peu de durée.

Le 27, les épingles furent retirées ; il y eut un léger suintement de pus pendant trois jours, et le 31 mai, dix jours après l'accident, la femme était parfaitement guérie.

IV. *De certains procédés généralement conseillés en obstétrique, qui sont ou inutiles ou impraticables, ou dangereux, et de ceux qu'on peut leur substituer avec avantage.* — Ce titre indique suffisamment le but que l'auteur, le docteur Chailly (Honoré), s'est proposé. Le manque d'espace nous contraint à ne donner que les points les plus importants de cet utile travail.

L'application du forceps fournit d'abord à M. Chailly des préceptes judicieux : ainsi, ne l'appliquer dans l'excavation que lorsque la tête a bien franchi l'orifice de l'utérus ; appliquer en général la branche à pivot la première, afin d'éviter le décroisement, mais cependant commencer toujours dans les cas difficiles par l'introduction de la branche antérieure, c'est-à-dire de la plus difficile, ainsi que cela a lieu dans la position occipito-iliaque gauche antérieure.

Dans la présentation franche du sommet, tout le monde sait que l'expulsion spontanée est la règle générale; mais dans les variétés de cette présentation, telles que les variétés pariétale, frontale et occipitale, on a conseillé certains procédés qui doivent être rejetés.

Ainsi pour la 1re, introduire la main dans l'intervalle des contractions et opérer le redressement de la tête. Ce redressement s'opère presque toujours de lui-même, et quand même il n'aurait pas lieu, l'engagement pourrait se faire, à moins d'un vice de conformation. Du reste, ce redressement conseillé est impraticable, douloureux et même dangereux; il faut donc, dans ce cas, attendre assez longtemps pour que l'insuffisance des contractions utérines soit constatée, et alors c'est le forceps qu'il faut employer.

Pour la 2e et la 3e, où l'on conseille d'aller accrocher l'occiput ou le front, afin de les entraîner au détroit supérieur, M. Chailly démontre que l'engagement peut se faire malgré la variété de présentation, et qu'ainsi cette opération est inutile dans la plupart des cas, et aussi impraticable et dangereuse que la précédente. Cependant, si, par suite d'un défaut de proportion entre le bassin et la tête, celle-ci ne s'engageait pas, il faudrait tâcher, pour la variété frontale, de la fléchir en la faisant glisser sur l'orifice de l'utérus, sans la soulever, au moyen de la main droite si l'occiput est à droite et *vice-versâ*.

On admettait autrefois que, parmi les positions du sommet, les occipito-postérieures ne se réduisaient pas en antérieures, et nécessitaient très-souvent l'intervention de l'art.

1° L'expérience prouve que l'occiput, quel que soit le point du contour de détroit supérieur auquel il corresponde, revient, dans l'accouchement spontané, se rendre

toujours en avant au moment du dégagement, et que ce n'est que par exception que, dans une position occipito-postérieure droite ou gauche, l'occiput reste en arrière et va se rendre dans la concavité du sacrum ;

2° La pratique journalière démontre aussi que, dans le dernier cas, quoique l'occiput soit allé se rendre en arrière, il ne s'en dégage pas moins spontanément dans l'immense majorité des cas, à l'aide d'un mouvement de flexion forcé de la tête, et qu'il est très-rare que l'art soit obligé d'intervenir. L'expulsion, il est vrai, est un peu retardée ; mais l'accoucheur, dont la patience doit être la première qualité, ne doit pas se hâter de substituer à une expulsion spontanée une intervention intempestive qui dans des mains inhabiles peut avoir des inconvénients.

Passant ensuite à l'application du forceps dans la présentation de la face, M. Chailly combat un des préceptes les plus importants, qui veut qu'on se garde bien de ramener le menton en avant quand il est en arrière à droite ou à gauche. Il se range de l'avis de Smellie et de madame Lachapelle, qui pensaient que vouloir conduire et dégager le menton en arrière, c'était se créer des obstacles invincibles et déterminer la mort de l'enfant, et démontre que d'abord le menton est rarement, au moment de l'application du forceps, en rapport avec la symphyse sacro-iliaque et se rapproche plutôt du diamètre transverse ; qu'ensuite la torsion qu'on fait éprouver au cou dans ce cas, quoique de plus d'un quart de cercle, ne compromet pas toujours la vie de l'enfant comme le prouvent plusieurs exemples, en supposant même que le tronc de l'enfant ne suive pas un peu le mouvement de rotation imprimé à la tête, et que cette torsion du cou est bien moins dangereuse que le dégagement en position

mento-postérieure. En résumé, dans la présentation de la face, la nature se suffit presque toujours à elle-même : aussi ne doit-on pas s'empresser d'agir au détroit supérieur afin de lui substituer une présentation du sommet ou de l'extrémité pelvienne ; et si quelque anomalie dans la marche du travail requiert l'intervention de l'art, la version pelvienne, tant qu'elle est praticable, doit être préférée au forceps, et si le forceps seul doit être employé, on devra toujours, à l'aide de cet instrument, ramener le menton en avant.

Dans la présentation de l'extrémité pelvienne, loin de suivre le conseil des anciens accoucheurs qui voulaient qu'on tirât sur les pieds ou les genoux, il faut au contraire se garder de décompléter le moins du monde la présentation afin qu'elle présente le plus de volume possible à l'orifice de l'utérus ; il faudrait même, comme dit M. Paul Dubois, si cela était possible, augmenter son volume; car l'accouchement n'en serait que plus favorable à l'enfant. En effet, quelle est la cause qui compromet bien plus souvent l'existence de l'enfant dans cette présentation que dans celle du sommet ? C'est la compression du cordon, lequel, surtout dans certains modes de la première de ces présentations, se trouve, aussitôt que l'ombilic a dépassé le détroit supérieur, serré entre ce cercle osseux et les parties fœtales, qui, à mesure qu'elles s'engagent, deviennent de plus en plus volumineuses ; il est facile de comprendre que, si l'extrémité pelvienne arrive décomplétée, le corps de l'enfant représentera un cône dont le sommet s'engagera avant la base, et qu'ainsi des parties de plus en plus volumineuses, se succédant à l'orifice, favoriseront singulièrement cette compression du cordon ; si l'extrémité se présente complète, au contraire, la présentation se rapprochera davantage de celle de

l'extrémité céphalique et sera bien plus favorable. En un mot, il faut se garder de décompléter la présentation de l'extrémité pelvienne ou de tirer sur les parties déjà décomplétées, sauf les complications; car il est parfois nécessaire d'aider à l'expulsion dans la dernière partie du travail, quand l'extrémité pelvienne ne reçoit pas de la part des contractions une impulsion capable de l'expulser assez rapidement pour que la compression du cordon n'ait pas lieu.

Enfin quelques auteurs prescrivent, lorsque l'extrémité pelvienne est trop engagée pour qu'on puisse aller chercher les pieds, mais cependant lorsque les hanches ne sont pas accessibles au doigt, d'employer le crochet mousse que l'on applique sur l'aine antérieure de dehors en dedans, s'il est possible de glisser l'instrument entre la hanche et la symphyse du pubis. Or, pour être certain que le crochet est bien appliqué, qu'il ne compromet pas les organes maternels, il faut que l'autre main soit engagée de l'autre côté de la partie saisie jusqu'à la pointe du crochet qu'elle devra sentir, ce qui est non-seulement très-difficile et douloureux à exécuter derrière le pubis, mais ce qui est souvent impossible. Il est donc nécessaire d'appliquer le crochet sur la hanche qui est en arrière, comme le recommande M. Paul Dubois, parce qu'alors l'introduction de la main devient facile dans la concavité du sacrum.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

COUP D'OEIL

SUR L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL EN ITALIE.

Hôpitaux et hospices de Chambéry.—Fondations du général de Boigne, etc.

L'un des premiers traits dont est frappé le voyageur qui parcourt l'Italie, c'est le manque d'unité non seulement dans les institutions politiques et civiles, mais encore dans les institutions scientifiques et dans l'enseignement. L'Italie a été de tout temps une terre de morcellement et de personnalité vigoureuse. C'est de là que viennent l'intérêt si multiple de son histoire, la variété de ses mœurs, la multitude de ses monuments et de ses souvenirs ; mais c'est aussi la source de sa faiblesse en politique, et l'une des causes de son déclin scientifique. Tandis qu'en France, pays par excellence de la centralisation, une seule ville, Paris, domine, éclaire, absorbe et vivifie, et que sa lumière, en rayonnant au loin, efface tout éclat provincial, toute autre clarté rivale ; en Italie, vingt villes plus ou moins déchues se partagent, comme au moyen-âge, les priviléges de l'enseignement supérieur. C'est en vain que le temps a fondu les petites souverainetés d'autrefois en des souverainetés plus grandes; que les princes de Savoie ont élevé leur duché aux proportions d'un royaume; que l'Autriche s'est approprié l'héritage de Venise et des républiques lombardes; que Pise, Florence et Sienne ne forment qu'un seul État ; c'est en vain que Bologne, Pérouse et la Romagne sont venues grossir le patrimoine de l'Église. Toutes ces individualités si brillantes au temps de la liberté se sont

réunies sous le joug, mais sans s'assimiler. Elles ont tout perdu, hormis leur étroite personnalité, et l'on peut dire que la science, de même que la politique, n'a pas encore, à l'heure qu'il est, de centre commun en Italie. Chaque petit foyer épand sa lumière sur un terrain qu'on parcourt en quelques relais de poste ; chaque petite université vit séparément avec ses *us* et ses abus, ses traditions et ses gloires passées, ou s'occupe séparément et péniblement de ses réformes. Nous devons dire que les inconvénients toujours croissants de cet état de choses sont généralement compris par les Italiens, et que nous avons entendu ceux-ci maintes fois déplorer avec amertume cette destinée de leur patrie, qui semble vouée à un morcellement éternel ; destinée fatale que Napoléon attribuait à la configuration géographique de l'Italie, et que le *statu quo* politique maintiendra sans doute longtemps.

Pour ce qui concerne les études médicales, les fâcheuses conséquences de ce fractionnement à l'infini sont évidentes. « Comment voulez-vous, nous disait un mé-
» decin de Florence, que nous ayons de grandes écoles
» et un enseignement complet ? les grands hôpitaux et
» les grandes cliniques nous manquent. » Ce n est point à notre avis la véritable source du mal. L'Italie ne manque pas de grands hôpitaux, et d'ailleurs les avantages de ces derniers avaient certainement été exagérés en France, où l'on a senti le besoin de multiplier les services, de diminuer l'entassement des malades, et de substituer les petites salles, et, quand on l'a pu, les chambres aux salles immenses d'autrefois ; et, quant au nombre absolu des malades, la population de plusieurs villes italiennes pourra toujours fournir des éléments suffisants à l'observation.

Mais l'un des plus grands fléaux de l'enseignement médical nous paraît résulter du nombre même des écoles,

tellement disproportionné avec la population et les richesses du pays, que celui-ci ne pourra jamais fournir assez de professeurs éminents pour tant de chaires, ni assez d'élèves et de moyens d'existence honorable à tant de professeurs. Aussi voit-on beaucoup d'universités vivre dans une véritable et lente agonie, faute des aliments les plus immédiats de l'existence. Plusieurs ne sont plus qu'un nom, comme Salerne ; d'autres, comme Ferrare, n'ont guère conservé d'une université qu'une superbe bibliothèque. En général, l'émulation manque aux élèves, comme le relief aux professeurs.

Ajoutez à ce premier malheur, résultant de la multiplicité des écoles, celui que nous indiquions plus haut d'une manière générale, et qui provient de l'absence de lien entre ces dernières, en sorte qu'on ne se préoccupe nulle part des besoins communs. Et c'est sans doute le sentiment tardif de cet isolement, qui, dans ces dernières années, a donné à l'institution des congrès scientifiques en Italie une activité et un développement si remarquables, et auxquels le corps médical a largement participé. Mais les entraves politiques sont là, et, s'il est permis d'espérer beaucoup pour l'avenir de cette institution nouvelle, les résultats obtenus jusqu'ici ne peuvent point encore être appréciés. La dislocation persiste : à Naples, tout enseignement est suspendu depuis plusieurs années, sous prétexte de réorganisation. On n'y voit que professeurs sans chaires et chaires sans professeurs. Ce n'est pas que les éléments manquent : on trouve dans les hôpitaux des praticiens distingués ; la clinique ophtalmologique de M. Quadri est suivie et instructive ; l'orthopédie commence à prospérer entre les mains d'un élève des orthopédistes français ; enfin la presse médicale est dirigée par des hommes actifs et savants, à la tête desquels

il faut placer le rédacteur du *Filiatre Sebezio*, M. Salvator de Renzi. Avec ces éléments de prospérité, l'enseignement médical n'en est pas moins en dépérissement; il s'éteint, tandis que les projets d'amélioration se succèdent, se combattent par la discussion et par l'intrigue. Cet état provisoire durera sans doute longtemps encore, et par la faute du gouvernement qui peut tout et ne se décide à rien.

A Rome, l'enseignement médical est presque nul aussi. L'enseignement du *dogme* a tout absorbé. L'immense hôpital du Saint-Esprit, dans lequel l'*aria cattiva* (mauvais air), entasse, pendant la saison chaude, des milliers de fiévreux de tous les points de la campagne romaine, n'était visité, au moment de notre séjour à Rome, que par des étrangers.

Bologne gémit encore des désastres de 1831, de cette révolution politique qui prit la plupart de ses chefs dans le corps des professeurs. On pourrait presque dire de cette université célèbre ce que Pétrarque disait, en la revoyant après la tyrannie de Jean d'Oleggio : Ses grands noms sont exilés; Orioli vit à Corfou; Tommasini, la première illustration vivante de l'Italie médicale, s'est retiré à Parme; et Bologne, la *mère des études*, peut à peine garder sa vieille devise : *Bononia docet.*

Pise, bien qu'elle possède Puccinotti et quelques autres professeurs distingués, n'est plus qu'une ombre d'elle-même.

A Florence, il y a plus d'éclat et de vie; c'est là qu'on vient écouter la parole retentissante de Buffalini. Les études d'anatomie et d'anatomie pathologique sont cultivées avec soin; mais, hors de là, combien ne reste-t-il pas à faire pour établir un enseignement complet? On va, dit-on, créer celui des maladies de la peau. L'une des ré-

formes les plus urgentes serait, à notre avis, celle du grand hôpital de Bonifazio. Quoiqu'on arrive à n'être pas exigeant envers les maisons d'aliénés, en Italie, surtout après avoir visité la plus célèbre de toutes, celle d'Aversa, qui, nous n'hésitons pas à le dire, jouit de la réputation la plus imméritée, on n'en est pas moins affligé et surpris de rencontrer dans une ville aussi éclairée que Florence, un vaste établissement d'aliénés dépourvu d'une direction médicale suffisante, et, pour ainsi dire, abandonné par la science.

Les célèbres écoles de Padoue et de Pavie jouissent d'une certaine prospérité sans éclat. Des élèves assez nombreux y viennent puiser une science venue presque tout entière de l'étranger; car nul ne peut le nier, en deçà comme au delà des Alpes, c'est Paris qui est la source féconde de l'enseignement médical; c'est sa voix qu'on écoute : ce sont ses livres qu'on lit avant tout; ce sont les noms de ses maîtres qui sont invoqués dans les discussions et dans les chaires, comme les autorités les plus respectées.

Turin possède l'une des écoles les plus actives de l'Italie : de bonnes cliniques, des professeurs distingués, un hôpital dont la construction est prise pour modèle par les Américains et par les Anglais, le contact de la France, le nerf même de cette petite monarchie piémontaise qui travaille toujours à se constituer et à s'étendre, tout cela donne aux études une remarquable impulsion.

Mais avant d'entrer dans de plus longs détails, et même de continuer cet exposé sommaire, nous allons repasser les Alpes pour jeter un coup-d'œil sur une contrée française par le sol, les mœurs et le langage, mais qui, par sa destinée politique, est, en ce moment, une annexe de l'Italie, nous voulons parler de la Savoie. C'est par là que

nous avons commencé notre voyage et que nous commencerons notre compte rendu.

Chambéry n'est qu'une petite ville de seize mille âmes; mais, à titre de capitale d'un duché, elle possède plusieurs établissements qui demanderaient un terrain plus vaste pour prospérer. Telle est son école de médecine dont nous n'avons que peu de mots à dire : un très-petit nombre d'élèves recevant un enseignement théorique insuffisant, un enseignement clinique incomplet, et obligés d'aller prendre leurs grades à Turin. Telle est cette école, qui rappelle à peine nos écoles secondaires de provinces.

Ce qui distingue Chambéry et mérite véritablement de fixer l'attention, c'est le nombre et la prospérité des établissements charitables que cette petite ville renferme; et, quoiqu'ils n'offrent rien d'éminent sous le point de vue médical proprement dit, nous consacrerons quelques pages à les faire connaître.

Une circonstance curieuse, c'est que tous ces établissements sont l'œuvre de la charité privée. La bienfaisance des particuliers semble avoir toujours eu l'éveil dans ce pays célèbre par sa pauvreté. Dès le quatorzième siècle, Chambéry, très-petite ville alors, possédait un hôpital fondé par deux bourgeois, et qui n'existe plus. Vers le milieu du dix-septième siècle, un autre bourgeois fonda les deux plus anciens des hôpitaux existants, l'hôtel-Dieu et l'hospice de charité. La maison des orphelines est un bienfait de M. de Faverges, et date des premières années du dix-huitième siècle. Enfin, un homme de ce siècle, le général Boigne, après avoir agrandi, renouvelé toutes ces fondations, et créé des établissements nouveaux, est parvenu à donner un refuge à toutes les misères, à extirper la mendicité de sa ville natale, qu'il rem

plit encore du bruit de son nom, comme des monuments de sa philanthropie.

L'*Hôtel-Dieu*, de même que la plupart des établissements qui portent ce nom poétique, est destiné au traitement des maladies aiguës non contagieuses. C'est un vaste bâtiment rectangulaire, situé près de la Leysse, torrent qui descend des Alpes et traverse la ville du sud-est au nord-ouest ; il n'a qu'un jardin fort étroit du côté du midi; et ces deux circonstances de la situation sur une rivière et du manque d'espace autour des murs de l'hôpital, sont communes à un grand nombre d'hôtels-dieu, et indiquent que leur fondation remonte à un âge où les lois de l'hygiène étaient méconnues dans la construction d'un hôpital, comme dans celle des maisons, des rues, des villes entières.

L'Hôtel-Dieu de Chambéry offre une salle de médecine pour chaque sexe, et chacune de ces salles renferme environ trente lits. Elles occupent le premier étage. Le service paraît laissé presque exclusivement aux infirmières ; et, si nous ne répugnions à porter un jugement d'après une seule visite, nous dirions que le régime alimentaire des malades n'est peut-être pas l'objet d'une surveillance assez exacte ; nous citerons, entre autres exemples, celui d'une femme en proie aux suites de brûlures profondes et très-étendues, qui recevait du pain à discrétion.

La salle de chirurgie, située au rez-de-chaussée, nous a paru un peu humide et mal aérée : elle contient douze lits. Ces dispositions, aussi contraires que celles que nous indiquions plus haut aux règles de l'hygiène, se retrouvent dans beaucoup d'hôpitaux anciens, et sont une des sources fécondes des désastres de la chirurgie.

L'hospice de charité est le plus considérable des établissements de Chambéry, depuis sa réunion à l'ancien hos-

pice des incurables, et depuis la fondation que M. de Boigne lui a annexée. Le nombre des lits est de deux cents. Ils sont destinés aux vieillards, aux infirmes pauvres, aux maladies chroniques et contagieuses. Nous y avons rencontré aussi quelques idiotes et une femme en démence. Le service des salles est confié aux soins des sœurs grises. Les lits sont tous en fer comme à l'Hôtel-Dieu, mais sans rideaux, et trop entassés.

La division la plus remarquable de cet établissement, c'est celle qui a été fondée par M. de Boigne et qui est affectée aux maladies contagieuses, en tête desquelles les médecins de Savoie placent la *phthisie pulmonaire ;* et, s'il est vrai que cette maladie soit aussi fréquente qu'on l'assure dans les montagnes de la Savoie, il est à regretter que M. de Boigne ne lui ait destiné que quinze lits. La différence qui existe, sous le rapport du bien-être et des soins, entre ces malades et ceux des autres parties de l'hospice est si grande en effet! Chacun d'eux jouit d'une chambre particulière avec une cheminée, un bon lit en fer, des rideaux, etc., et tous les aises qui peuvent adoucir le séjour de l'hôpital à des malheureux condamnés à y voir se consumer lentement les restes d'une existence dont les heures sont comptées.

Les vénériens et les galeux sont encore admis dans cette division de l'hospice de charité. Ils jouissent des mêmes avantages que les phthisiques.

La maison des orphelines renferme quarante-quatre places auxquelles on nomme de jeunes filles de douze à quatorze ans, qu'on garde jusqu'à dix-huit, et auxquelles on enseigne tous les travaux du ménage. Aussi la maison se passe-t-elle de domestiques salariés, et peut-elle disposer d'une partie du produit du travail des pensionnaires, pour leur faire un trousseau, à leur sortie. Cet établisse-

ment reçoit du reste, outre les orphelines, des jeunes filles dont les parents sont tombés dans la misère.

La maison de la maternité, fondée pour les filles en couche, renferme seulement quatorze lits ; mais elle demeure chargée des enfants jusqu'à ce qu'ils aient atteint l'âge de douze ans.

Tels sont les établissements que possédait Chambéry au commencement de ce siècle, et au moment où Benoit de Boigne retourna dans cette ville que ses bienfaits ont régénérée. Cet illustre philanthrope, auquel nous croyons devoir consacrer quelques mots, était né en 1751, et sans fortune. Il commença par s'enrôler au service de la France en 1768; puis il passa au service de la Russie. Enfin, poussé par son humeur aventureuse et mobile, il alla servir la compagnie anglaise des Indes, et c'est dans cette position qu'il acquit assez rapidement son grade de général et son immense fortune. Cependant, comme tous les enfants des montagnes, le désir du pays natal le tourmentait ; il quitta les Indes, le service, et revint à Chambéry dont les misères l'émurent ; sa première pensée fut pour les pauvres souffrants. Dès 1814, il consacra une somme de 63,000 francs pour la reconstruction d'une partie de l'Hôtel-Dieu et pour diverses améliorations ; il joignit bientôt à ce premier don une somme de 22,000 francs pour la fondation de trois lits dans le même hôpital, et une somme de 7,300 francs pour celle d'une place dans la maison des orphelines. En 1820, il consacra 900,000 francs à la fondation de l'hospice de Saint-Benoit, la plus magnifique de ses œuvres, et qui devrait suffire à elle seule pour éterniser sa mémoire en Savoie. Le but de cette fondation a été de créer un refuge dans lequel les Savoyards appartenant par la naissance aux classes élevées de la société, et réduits à la misère par des

revers de fortune, pussent se retirer, et retrouver ensemble, dans une existence paisible et aisée, quelques-uns des charmes de la vie sociale que l'adversité leur avait ravis.

En 1822, M. de Boigne fonda, au prix de 24,000 fr., quatre nouveaux lits à l'Hôtel-Dieu; en 1830, au moment de sa mort, il donna 175,000 francs pour la création de la division nouvelle de l'hospice de charité, destiné aux maladies contagieuses; et 650,000 francs pour le dépôt de mendicité. Ce superbe établissement, qui porte le nom de maison de Sainte-Hélène, est situé hors de la ville, entre la route de Turin et la petite rivière de l'Albanne. Tout mendiant arrêté par les valets de ville y est aussitôt conduit; il subit d'abord un examen de la part des médecins, et, s'il est reconnu qu'il n'est atteint d'aucune maladie contagieuse, ou de toute autre maladie réputée incurable, il est admis; dans les cas contraires, il est envoyé à l'hospice de charité. Dès qu'un mendiant a été admis à l'hospice de Sainte-Hélène, il est baigné, rasé et vêtu de neuf.

Une propreté remarquable règne dans l'établissement qui nous occupe. Le service intérieur est confié aux sœurs de Saint-Joseph, de même que celui de la maison des Orphelines.

Le régime alimentaire nous a paru sain et assez substantiel; une circonstance nous a cependant frappé ici comme dans les autres hospices de Chambéry, c'est que la viande n'est distribuée que deux fois la semaine. En outre, à Sainte-Hélène, les octogénaires seuls ont droit à un demi-litre de vin par jour; les autres ne peuvent s'en procurer qu'avec le fruit de leur travail.

En même temps, le général de Boigne consacrait encore une somme de 400,000 fr. à la maison des aliénés.

Nous n'avons point visité cet établissement qui est situé à six lieues de la ville de Chambéry. Nous avons appris que les dispositions vicieuses qu'il présente ont excité pendant longtemps de vives réclamations, et qu'enfin l'autorité, voulant y fairedroit, s'est adressée à M. Esquirol, pour lui demander des plans nouveaux, comme elle l'a fait aussi pour l'établissement de Turin; nous ignorons quelles ont été les suites de cette démarche.

Le testament du général de Boigne constituait encore 1° une rente de 1,200 francs, affectée aux pompiers, en récompense des secours donnés aux malades et aux blessés; 2° une rente de 1,200 francs pour les pauvres honteux de Chambéry. Si l'on ajoute à tant de fondations utiles, à tant d'actes éclatants d'une bienfaisance inépuisable, tous les dons que le général a faits pour l'embellissement de la ville et parmi lesquels il nous suffira de citer celui de 300,000 francs, pour percer la belle rue qui porte aujourd'hui son nom, et celui de 600,000 francs pour la construction du théâtre, on reconnaîtra que M. de Boigne a offert un exemple qu'on ne saurait trop louer et faire connaître, car il est presque inoui de nos jours, c'est celui d'un homme qui, après avoir su, par sa propre industrie, acquérir de grandes richesses, sait en faire le plus noble emploi, en les consacrant au soulagement des malades et des indigents.

Nous avons entendu évaluer à plus de trois millions et demi la somme totale des dons faits par M. de Boigne à son pays natal; et cette libéralité est d'autant plus louable, que son auteur était père de famille, et qu'elle l'obligeait, pour lui et sa parenté, au sacrifice le plus pénible pour quiconque a connu la richesse, le sacrifice du luxe et du superflu. Le général de Boigne laissait après lui un fils qui

mène aujourd'hui à Chambéry une vie modeste et entourée de respect.

Nous nous plaisons à dire que tant de bonnes œuvres ont eu leur prix. Le nom de M. de Boigne remplit Chambéry; aussitôt après sa mort, ses concitoyens ont voulu éterniser sa mémoire, en lui élevant un monument qui fait plus d'honneur à leur reconnaissance qu'au bon goût et aux connaissances de leurs artistes. Tout près de l'Hôtel-Dieu et de l'hospice de charité, et en face de la rue de Boigne, ils ont fait construire une fontaine composée d'un vaste bassin, au milieu duquel quatre éléphants en bronze versent de l'eau par leur trompe, et supportent une colonne de pierre surmontée de la statue de bronze du général, avec cette inscription d'une simplicité concise et expressive :

Benedicto de Boigne
Grata civitas.

L'une des particularités les plus curieuses que présentent les établissements de bienfaisance de Chambéry, c'est la complication de leur régime administratif, et la multiplicité des administrations qui les gouvernent. Cette circonstance tient à la diversité même de l'origine de ces établissements, que les révolutions n'ont point effacée, et à la faiblesse de l'esprit centralisateur, qui s'arrête à nos frontières. Le conseil qui exerce la juridiction la plus étendue, c'est celui qui préside à la direction de l'Hôtel-Dieu, de l'hospice de charité, et de la maison de la maternité. Il est composé de seize membres, dont six membres-nés et dix nommés par le sénat de Chambéry (1). Mais il s'en

(1) Le sénat est la cour suprême de justice du duché de Savoie; il exerce à la fois les fonctions de cour d'assises, de chambre d'appel et même de cour de cassation.

faut que son autorité soit absolue et sans conflits : ainsi, sur soixante-douze lits que renferme l'Hôtel-Dieu, vingt-huit seulement appartiennent à la nomination du conseil (vingt-deux pour les malades de la ville et six pour ceux de la campagne). Sur les autres quarante-quatre lits, vingt-deux restent à la disposition des héritiers des fondateurs ; quatre appartiennent aux étrangers qui y sont envoyés par les deux syndics (1) de Chambéry. Il y a enfin dix-huit lits payants.

L'administration de la maison des orphelines se compose de cinq dames de la ville, nommées par le sénat qui les renouvelle tous les ans par cinquième ; l'une d'elles a le titre de présidente.

L'administration des établissements fondés par le général de Boigne se compose de membres nommés par les syndics, qui sont eux-mêmes présidents du conseil administratif, et d'un membre-né, qui est de la famille du fondateur.

Nous n'essaierons pas de décider ici si cette division administrative peut offrir les avantages que nous avons entendu lui attribuer, entre autres celui d'une surveillance exacte; mais elle a assurément l'inconvénient de détruire toute unité entre des parties qui devraient se tenir, et de rendre par là l'œuvre de la charité plus difficile et moins efficace.

Il est certain (qu'on nous permette une très-courte digression) que l'administration des hôpitaux renferme une question très-grave et des plus difficiles. Elle a exercé en France l'un des esprits organisateurs les plus puissants de ce siècle, celui de Chaptal ; et les réclamations justes

(1) La charge de syndic correspond à peu peu près à celle de maire.

vrai, l'espoir d'une famille, un homme dont l'avenir devait être assez souvent brillant, toujours utile; pourquoi l'administration s'en préoccuperait-elle? Un interne de mort, pour elle, c'est une place à donner, et la place est disputée, tant est serrée la foule des vivants qui attendent derrière le pauvre mort qui s'en va. « Que voulez-vous? il faut bien, disait un philosophe, que justice soit faite! »

Qu'on nous pardonne de nous être laissé emporter, par cette digression, de la paisible capitale de la Savoie sur le sol brûlant de la capitale de la France; mais nous parlions d'abus, et c'est toujours dans le centre des progrès et des réformes que les plus grands abus pullulent. Retournons maintenant à Chambéry.

Le gouvernement sarde a compris les inconvénients que nous signalions dans l'administration des établissements de charité de cette ville, et c'est pour y porter remède qu'elle a soumis, par une ordonnance de 1837, les divers conseils administratifs à une commission supérieure résidant à Turin. Mais, par un grand malheur, les Alpes, soixante lieues, et surtout le langage et l'orgueil national séparent Turin de Chambéry, et annulent les bons effets qui, peut-être, seraient résultés de cette mesure que les Savoyards ont accueillie avec mécontentement. N'eût-il pas mieux valu fondre ensemble tous ces éléments administratifs hétérogènes, en éliminer plusieurs, former avec les autres un conseil suprême, homogène, compétent, capable de connaître les besoins et les intérêts des établissements et d'y pourvoir avec accord et unité. Mais nous sentons combien une pareille réforme est difficile à exécuter, et surtout combien nous sommes incapable d'en parler pertinemment. Quant aux modifications qui nous ont paru réclamées dans ce qui concerne la partie médicale proprement dite, les difficultés sont,

en apparence au moins, si grandes, et les chances de réforme durable si petites, que nous croyons inutile d'aborder ce sujet.

Théophile Roussel.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

INSTITUT DE FRANCE.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Août et septembre 1842.)

Absorption des médicaments. — Effets de l'éclipse de soleil sur les animaux. — Mouvements intrinsèques du poumon. — Cranioscopie.

Séance du 16 aout. — *Absorption des médicaments.* — M. Mialhe communique à l'Académie quelques remarques sur l'absorption des substances médicamenteuses, qui peuvent, dit-il, jeter le plus grand jour sur leur action physiologique et thérapeutique.

Tous les corps accessibles au phénomène de l'absorption, c'est-à-dire tous ceux qui sont liquides ou gazeux, ou qui peuvent le devenir par suite de réactions chimiques opérées dans le sein de nos organes, peuvent être rangés en deux grandes classes.

La première se compose de toutes les substances non susceptibles de former une combinaison insoluble avec les éléments albumineux du sang. Tels sont les oxydes alcalins, leurs carbonates et plusieurs autres de leurs composés salins, les combinaisons oxygénées de l'arsenic et de l'antimoine, l'acide cyanhydrique, l'acide carbonique, l'ammoniaque, tous les gaz neutres, presque tous

les acides végétaux, toutes les bases organiques, la plupart des matières colorantes et odorantes.

La deuxième classe renferme toutes les substances pouvant former un composé insoluble avec les éléments albumineux du sang. Telles sont la plupart des acides inorganiques, un très-grand nombre de sels métalliques, tels que ceux de fer, de cuivre, de plomb, de mercure, d'argent, le tannin, la créosote, etc.

Les corps faisant partie de la première classe agissent immédiatement sur le système nerveux. Aussi y voyons-nous figurer les médicaments les plus promptement efficaces, comme aussi les agents toxiques les plus promptement mortels.

Les matières composant la seconde classe n'agissent jamais directement, ou, pour mieux dire, instantanément sur le système nerveux. Leur action, presque toujours médiate, se fait d'autant plus attendre que le composé albumineux qu'elles produisent d'abord est moins accessible à l'action décomposante de l'oxyde de sodium et des chlorures alcalins que nos humeurs renferment.

Les corps chimiques compris dans la première série, arrivent avec une promptitude remarquable dans les voies urinaires, tandis que ceux de la deuxième ne s'y rencontrent que beaucoup plus tard, c'est-à-dire seulement après que la combinaison albumineuse dont ils faisaient partie a été plus ou moins décomposée.

Les principes généraux que je viens d'exposer une fois connus, l'explication d'une foule d'anomalies relatives à l'absorption et au passage des différentes matières chimiques dans les urines devient on ne peut plus facile à donner. Veut-on savoir, par exemple, pourquoi les acides sulfurique, azotique, chlorhydrique, sont lentement absorbés; pourquoi ils passent si tardivement dans les

urines, tandis que les acides de l'arsenic, ceux de l'antimoine, l'acide cyanhydrique, le plus grand nombre des acides organiques le sont avec tant de facilité ; pourquoi ils arrivent si promptement dans les urines ? C'est que les premiers de ces corps, comme il a déjà été dit, forment, avec les éléments de la plasticité organique, un composé chimique plus ou moins difficile à détruire, tandis que les seconds sont inhabiles à produire une combinaison analogue.

Le fait suivant est encore plus probant. On sait que les oxi-sels de fer ne passent qu'à la longue dans les urines, ou même qu'ils n'y passent pas du tout, suivant d'autres chimistes, à la tête desquels il convient de placer Berzélius, tandis que, d'après les expériences de Wœlher, le passage du fer, alors qu'il est en combinaison avec le cyanogène et le potassium, a lieu avec une très-grande promptitude. Or, les premiers de ces composés salins contractent avec l'albumine une combinaison très-stable, tandis que le cyanure double, dont je viens de parler, n'est nullement influencé par cette dernière substance.

Séance du 16 aout. — *Effets de l'éclipse de soleil sur les animaux.* — Nous extrayons du compte-rendu présenté par M. Arago sur les phénomènes qui ont accompagné l'éclipse du 8 juillet, les intéressantes remarques qui suivent sur l'impression que les animaux ont paru en éprouver.

J'avais entendu parler, dit M. Arago, d'oiseaux morts par le seul effet d'une éclipse de soleil ; mais il me semblait difficile d'y croire ; car ils n'auraient pu mourir que de peur. Or, la détonation d'un coup de fusil doit assurément les effrayer bien davantage ; et cependant il est certain qu'ils ne tombent que lorsqu'ils ont été touchés.

Quoi qu'il en soit, un de mes amis fit l'expérience suivante : il plaça cinq linotes dans une cage ; elles paraissaient pleines de santé et de vie et avaient mangé avant le moment de l'éclipse. Lorsque celle-ci fut terminée, on en trouva trois mortes.

Un chien avait été tenu à jeun depuis la veille. Un instant avant l'éclipse, on lui présenta des aliments sur lesquels il se précipita avec avidité. Mais l'obscurité ayant commencé à ce moment même, il cessa subitement de manger.

Les taureaux, dans les champs, ont paru en proie à une sorte de terreur vague. Quand le soleil s'éclipsa, ils se couchèrent en rond, présentant le front en dehors du cercle comme pour faire face au danger commun.

Enfin, l'influence de l'obscurité s'est exercée même sur les animaux les plus petits. M. Fraisse, ayant observé une traînée de fourmis qui se mouvaient avec activité, a vu qu'elles se sont arrêtées tout à coup dès que l'éclipse a commencé.

Séance du 5 septembre. — *Mouvements intrinsèques du poumon ; nouvelle cause d'emphysème pulmonaire.* — M. Longet lit un mémoire ayant pour titre : *Recherches expérimentales sur la nature des mouvements intrinsèques du poumon et sur une nouvelle cause d'emphysème pulmonaire.* Voici les conclusions de cet intéressant travail que nous publierons prochainement en entier.

1° Le galvanisme, appliqué aux rameaux que le nerf vague envoie aux premières divisions des bronches, donne lieu à des contractions manifestes de ces conduits, si toutefois l'on opère sur des animaux d'une taille élevée.

2° La section des nerfs pneumo-gastriques peut être suivie d'emphysème pulmonaire.

3° Ce résultat expérimental empêche d'admettre que les parois des vésicules, cellules ou capillaires aériens du poumon soient formées par du tissu fibreux élastique.

4° Ces parois sont douées d'une contractilité active, soumise au nerf vague.

5° Cette contractilité étant abolie par la section de ce nerf, le renouvellement d'air respirable devient impossible dans les derniers conduits aériens, quoique leur élasticité persiste.

6° La circulation devient difficile et même s'interrompt sur les parois de ces conduits, d'ailleurs fortement distendus par un air vicié et saturé d'acide carbonique.

7° L'emphysème compliqué d'engorgement pulmonaire ne saurait être regardé comme propre à favoriser une respiration supplémentaire. Cet état est tout à fait impropre à l'hématose et constitue après la section des pneumo-gastriques une cause d'asphyxie qu'il faut joindre à l'occlusion de la glotte, à l'engorgement sanguin des poumons, à l'épanchement sero-muqueux des bronches.

Cranioscopie. — M. Carus envoie à l'Académie des planches explicatives d'une cranioscopie scientifique, dont il est question dans son système de physiologie, et sur laquelle il a publié un ouvrage l'année dernière. Sa théorie est basée, dit-il, sur l'étude des différentes relations des trois vertèbres de la tête dans différents individus.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

(Août et septembre 1842.)

Nouvel antidote du sublimé corrosif. — Election d'un membre de l'Académie. — Communication d'un cancer de l'aine avec le rectum. — Expectoration de l'os hyoïde. — Traitement de l'empoisonnement par l'acide arsénieux. — Méningite épidémique. — Traitement des anévrismes par la méthode de Brasdor.

Séance du 16 aout. — *Nouvel antidote du sublimé corrosif.* — M. Mialhe dépose sur le bureau la note suivante : Il résulte de mes expériences que le proto-sulfure de fer hydraté, corps tout à fait inerte, possède la faculté de décomposer instantanément le sublimé corrosif, en donnant lieu à du proto-sulfure de fer et à du sulfure de mercure, substances totalement inoffensives ; propriété précieuse qui me porte à proclamer le proto-sulfure de fer comme constituant l'antidote par excellence de ce terrible poison.

Je communiquerai plus tard à l'Académie le détail des recherches qui m'ont amené à cette conclusion. Mais, dès à présent, voici une expérience très-facile à répéter, et qui ne laissera aucun doute sur sa valeur. Lorsqu'on introduit dans la bouche quelques centigrammes de sublimé corrosif, on ne tarde pas à éprouver une saveur métallique extrêmement désagréable et très-caractéristique. Eh bien! il suffit alors de se gargariser quelques secondes avec le sulfure ferreux pour faire disparaître cette sensation comme par enchantement.

J'indiquerai prochainement d'autres applications que l'on peut faire de la même substance dans l'empoisonnement par quelques composés métalliques, et en particulier par ceux de cuivre et de plomb.

Election d'un membre de l'Académie. — M. le secrétaire lit les noms des candidats présentés par la section d'anatomie et de physiologie. Ce sont MM. Poiseuille, Longet, Manec, Nonat, Denonvilliers et Foville.

Au premier tour de scrutin, 109 membres étant présents,

M. Poiseuille a obtenu. . .	45 voix.
M. Nonat	22
M Longet.	17
M. Foville.	15
M. Manec	7
M. Denonvilliers.	1
Billets blancs. . -	2

Aucun des candidats n'ayant réuni la majorité absolue des suffrages, on procède à un second tour de scrutin.

Sur 108 votants :

M. Poiseuille a obtenu. . .	60 voix.
M. Longet	21
M. Nonat	15
M. Foville.	9
M. Manec.	3

En conséquence, M. Poiseuille est nommé membre de l'Académie.

Séance du 23 aout. — *Communication d'un cancer de l'aine avec le rectum.* — M. Huguier présente les pièces anatomiques provenant de l'autopsie d'une femme chez laquelle un cancer colloïde ulcéré de la région intestinale gauche avait envahi graduellement la paroi antérieure du rectum. Une communication existait entre l'extérieur et la cavité de l'intestin, et les matières stercorales s'étendaient sur la plaie de l'aine.

SÉANCE DU 30 AOUT. — *Correspondance.* — M. Rosa, de Bordeaux, envoie à l'Académie l'histoire d'une jeune fille qui, à la suite d'une toux longtemps prolongée, finit par expectorer l'os hyoïde.

Traitement de l'empoisonnement par l'acide arsénieux. — M. Orfila adresse la lettre suivante :

Monsieur le président,

« J'ai lu à l'Académie, le 20 octobre 1840, un mémoire sur le traitement de l'empoisonnement par l'acide arsénieux, dans lequel jai démontré l'inefficacité et les dangers de la médication tonique excitante, prônée dans ces derniers temps à l'école de Rasori. Ce mémoire était accompagné d'une description détaillée des expériences au nombre de 136, qui avaient motivé mes conclusions. Quelques jours après cette lecture, l'Académie nomma une commission, composée de MM. Bourdin, Dupuis, Ségalas, Bouley jeune, Gérardin et Bouvier, et la chargea de vérifier si les expériences qu'on proposait de faire devant elle étaient de nature à établir les avantages de la médication tonique excitante. Si je suis bien informé, sur vingt ou vingt-deux chevaux empoisonnés par l'acide arsénieux, en présence de la commission, et soumis au traitement dont je parle, tous, excepté un, seraient morts en très-peu de temps. Ce résultat, conforme à ce que j'ai constamment avancé, est trop important pour n'être pas signalé à ceux qui pourraient encore conserver quelques doutes sur la valeur d'une médication qui ne soutient pas le plus léger examen. Je voudrais donc vous prier de vouloir bien inviter la commission à faire son

rapport le plus tôt possible, afin de mettre la vérité dans tout son jour.

» Agréez, etc. ORFILA. »

SÉANCE DU 6 SEPTEMBRE. — *Méningite épidémique.*

M. Ferrus fait, au nom de MM. Gasc, Baron, et au sien, un rapport sur un mémoire de M. le docteur Rollet, de Nancy, intitulé : *De la méningite cérébro-rachidienne et encéphalo-méningite épidémiques.*

Cette affection, qui a récemment décimé plusieurs parties de la France s'est aussi montrée à Nancy. M. Rollet, qui a eu l'occasion de l'observer à l'hôpital militaire, en a tracé l'histoire d'après sa propre expérience, et a communiqué à l'Académie le résultat de sa pratique.

M. le rapporteur passe en revue les mémoires publiés sur le même sujet par MM. Gassot, Gastier, Forget, Chauffard, Lamotte et Lesbès. M. Rollet, continue-t-il, venant après ces auteurs, a dû tenir compte de leurs observations, et ç'a été pour son travail une condition puissante de précision et d'intérêt.

Son premier soin a d'abord été de dénommer la maladie ; prenant pour point de départ ses différences de siége et de degré, il l'appelle *méningite cérébro-rachidienne* ou *encéphalo-méningite*, selon qu'elle a envahi les membranes seulement ou la substance cérébrale elle-même. Dans le premier cas, l'affection n'est pas mortelle, et lorsqu'une terminaison funeste a lieu, on peut presque assurer que l'altération s'étendait aux parties profondes.

M. Rollet, après avoir ainsi fixé la nature et les degrés du mal, s'est appliqué à faire un emploi utile de cette précision dans les termes, en se servant de moyens de traitement plus directs et plus actifs dans la mé-

dû discuter ces points de diagnostic qui me paraissent obscurs. Quant aux guérisons obtenues par M. Rollet, je ne puis, pour les expliquer, que me ranger à l'avis de notre collègue, M. Rochoux.

M. *Castel :* M. Rochoux a parfaitement raison de croire que M. Rollet a commis des erreurs de diagnostic. Les maladies du cerveau et de ses enveloppes sont trop graves pour qu'on doive espérer de les guérir. Je vois, au reste, dans le début de la maladie épidémique signalée par notre confrère, tous les symptômes propres aux fièvres malignes, et, d'autre part, j'y vois la puissance souveraine du quinquina. Or, il est évident qu'il ne s'agissait pas d'inflammations; car il y aurait eu une contradiction choquante à administrer ce médicament, ainsi que l'opium, dont les effets sont, comme tous les médecins le savent, de congestionner le cerveau.

M. *Royer-Collard :* Dans la dernière partie du rapport, auquel je donne, du reste, mon assentiment complet, j'aurais désiré que M. Ferrus eût développé davantage les deux doctrines qu'il met en présence, la doctrine des anatomo-pathologistes, qui nient les constitutions épidémiques, et la doctrine des vitalistes, qui rejettent les lésions d'organes comme caractérisant seules une maladie. Quant à moi, l'existence des constitutions épidémiques me paraît un fait trop bien constaté pour être aujourd'hui un sujet de doute; et il me semble que M. le rapporteur n'aurait pas dû hésiter à se prononcer franchement sur ce point.

M. *Honoré :* Je disais tout à l'heure à M. le rapporteur que le mémoire de M. Rollet ne fournissait pas les éléments suffisants d'une discussion. Dans toutes les épidémies, ce ne sont pas absolument les caractères anatomiques qu'il faut étudier, mais la marche de la maladie,

en observant, pour ainsi dire, heure par heure, chaque malade. M. Rollet dit que, dans certains cas, il y avait une tendance à des intermissions. Tout était là; c'était la marche du mal, bien plus que ses symptômes, qu'il fallait prendre en considération; ne sait-on pas qu'il y a des affections qui, après avoir revêtu le type intermittent dont on ne s'était pas aperçu, tendent incessamment à perdre ce type; alors, si on n'y prend garde, on s'expose à perdre tous ses malades. Cela est arrivé dans toutes les épidémies. Si le quinquina a échoué dans quelques cas, cités par M. Rollet, est-ce une raison de croire qu'on n'avait pas eu à traiter des fièvres pernicieuses? Non, sans doute; car il y a un moment, passé lequel la puissance de ce médicament devient presque nulle; mais cela ne prouve rien contre le quinquina; car les lésions trouvées à l'autopsie pourraient bien n'avoir été que secondaires.

M. *Bousquet :* La maladie décrite par M. Rollet a régné épidémiquement dans plusieurs villes de France, à Strasbourg, à Nancy, à Versailles, etc. M. Chauffard l'a observée à Avignon. Ce médecin distingué, élevé à l'école de Broussais, a employé le traitement antiphlogistique sur les 31 premiers malades qu'il a eus à traiter. Sur ce nombre 30 sont morts. Chez ceux qui ont succombé dans les premiers jours il a trouvé, à l'autopsie, des traces d'inflammation des méninges encéphaliques et du pus infiltré entre ces membranes. Chez ceux qui succombaient du neuvième au dixième jour il existait aussi des traces d'inflammation, et, de plus, on trouvait un ramollissement du cerveau. Enfin, chez les malades qui mouraient à une époque plus avancée encore, outre les lésions qui viennent d'être indiquées, on trouvait un ramollissement pultacé dans quelques points du cerveau, et une perte de substance de la moelle épinière. M. Chauffard était donc

cuté la question des constitutions médicales. Tel n'était pas le plan de mon rapport que je trouvais déjà trop étendu. Je n'ai voulu parler que de l'épidémie si grave qui a sévi avec tant de violence sur nos malheureux conscrits.

M. *Rochoux* insiste de nouveau sur ce qu'il a dit au commencement de la discussion.

M. *Castel* revient sur la discussion à laquelle il s'est déjà livré, et il ajoute que la nostalgie, qui est susceptible de produire toutes les maladies, pourrait bien avoir été la cause de l'épidémie de méningite observée sur nos jeunes soldats.

M. *Londe :* Je propose de modifier les conclusions du rapport, en y laissant percer un doute sur la justesse du diagnostic porté par M. Rollet.

M. *Dupuy*, comme membre de la commission des épidémies, déclare que la plupart des travaux sur les épidémies envoyés à l'Académie sont relatifs à l'administration, et qu'ils n'offrent aucun intérêt scientifique.

M. *Royer-Collard :* J'avais demandé que M. le rapporteur voulût bien s'expliquer sur la part qu'il croit devoir accorder à la constitution épidémique dans la production de la maladie observée à Nancy. Cette question est fort importante en effet ; car le génie épidémique, comme on le sait, modifie puissamment la nature des maladies, imprime à leurs symptômes un cachet spécifique, et change souvent entièrement leur degré de curabilité. En admettant ce principe, en lui faisant une part aussi large qu'il le mérite, on comprend qu'ici la maladie n'était plus une méningite pure et simple, mais une maladie *sui generis*, dont le siége et les caractères anatomiques n'avaient plus qu'une importance accessoire. On comprend aussi comment elle a pu se présenter avec une

physionomie différente dans les diverses localités qu'elle a parcourues. On comprend enfin comment tel moyen de traitement a pu réussir ici et échouer ailleurs, sans qu'on soit en droit de tirer aucune conclusion pour ou contre son efficacité absolue. Vous le voyez, en jugeant à ce point de vue le mémoire de M. Rollet, tout s'éclaire, les objections se résolvent d'elles-mêmes, et les prétendues contradictions qu'on lui reproche disparaissent. (Approbation.)

M. *Ferrus :* Pour répondre un dernier mot à M. Rochoux, je dois dire que les observations de M. Guersant étant relatives à des enfants affectés de méningite tuberculeuse, il n'est pas étonnant que la mortalité ait été si grande. Ainsi, il ne serait pas juste de comparer ces résultats avec ceux que M. Rollet a obtenus chez des malades affectés de méningo-encéphalites et rachidiennes simples, c'est-à-dire sans granulations, ni tubercules. Quant à la question des épidémies, je n'ai pas cru devoir la discuter dans mon rapport; mais il est certain que M. Rollet a envisagé dans ce sens la maladie qu'il a observée.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

Séance du 13 septembre. — *Traitement des anévrismes par la méthode de Brasdor.* — M. Diday lit un mémoire sur les règles à suivre dans l'application de la méthode de Brasdor aux anévrismes du tronc brachio-céphalique et de l'origine de ses branches.

Les résultats des recherches que contient ce travail peuvent se résumer dans les propositions suivantes :

1° Dans tout anévrisme où il aura été possible de reconnaître que le tronc innominé est compromis, il faudra lier et la sous-clavière et la carotide. Le raisonne-

7° Après la ligature de la carotide par la méthod Brasdor, on n'a observé que deux fois une hémorrh par la plaie de l'opération. Dans les deux cas elle s' faite par le bout supérieur ou périphérique de l'art dans tous les deux enfin on est fondé à attribuer cet cident à ce que le fil avait été placé trop près de la b cation du vaisseau.

8° D'un autre côté, les altérations des parois artéri paraissent être également communes vers l'origine et v la terminaison de la carotide primitive. Toutes c constances égales d'ailleurs, il faudrait donc éloign autant que possible la ligature du lieu où la carotide bifurque, puisque, dans ce point, la chance de tomb sur une partie altérée de l'artère est la même que plus ha et qu'on y serait en outre exposé au danger de l'hémor rhagie par le bout supérieur.

Commissaires : MM. Velpeau, Amussat et Blandin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Fièvre gastrique de Civita-Vecchia.—Cystalgie ou névralgie de la vessie.- Névralgies en général.—Engorgement de la prostate — Transposition des organes reconnue chez un sujet vivant.—Préparations arsénicales fébrifuges. — Engorgement de la rate à la suite des fièvres intermittentes.—Tubercules mésentériques.—Persistance du trou de botal.- Diabète sucré. — Présentation du bras droit chez une primipare, avec des circonstances remarquables : discussion pratique à ce sujet. —Hypertrophie énorme de la prostate.—Nouvel instrument pour l'extraction des corps étrangers arrêtés dans l'urètre. —Corps étrangers dans le conduit auditif.

M. Audouard fait un rapport sur une brochure adressée a la Société par M. le docteur *Girolami* à Civita Vecchia. Cette brochure a pour titre : *Considérations sur le climat de Civita-Vecchia et sur quelques-unes des maladies épidémiques qui y règnent.*

Parmi ces maladies, celle qui a plus particulièrement appelé l'attention de l'auteur, c'est la fièvre gastrique qu'il attribue à la chaleur des jours et à la fraîcheur des nuits, et aussi à l'absorption fréquente d'une humidité chargée de miasmes paludiques.

Pour M. Girolami, la fièvre gastrique résulte tout à la fois d'un élément inflammatoire et d'un élément catarrhal. Il conseille la saignée, moins pour combattre l'état inflammatoire que pour diminuer la quantité de sang qu'il croit altéré dans sa composition; il emploie des boissons délayantes, et un peu plus tard les purgatifs. S'il observe des phénomènes cérébraux, il a recours à l'acétate de morphine et aux vésicatoires aux jambes.

Après avoir traité de la thérapeutique, l'auteur passe à la prophylactique et à l'hygiène qui peuvent prévenir la maladie qui l'occupe. Les moyens qu'il conseille sont la culture des terres et de grandes plantations d'arbres.

Cet opuscule, dit M. Audouard, montre dans son auteur une érudition médicale étendue et variée. Les dissertations auxquelles il s'est livré sur la physiologie humaine et sur la physiologie végétale sont en parfaite harmonie avec les connaissances modernes les plus exactes.

M. Audouard, qui a longtemps habité les états romains, en qualité de médecin des armées françaises, et qui sait l'influence qu'exercent dans ce climat, sur toutes les maladies, les émanations paludiques, s'étonne que M. Girolami, qui a reconnu la complication que les miasmes des marais apportent à la fièvre gastrique, n'ait pas associé, au moins dans quelques cas, les préparations de quinquina aux autres moyens thérapeutiques; il s'étonne que le contraste signalé entre la chaleur du jour et la fraîcheur de la nuit ne produise pas à Civita-Vecchia, comme en Espagne, comme dans le nord de l'Afrique,

des affections dysentériques qui, dans l'Algérie, ret nent le quart de l'armée dans nos hôpitaux et hors d' de faire le service; il s'étonne enfin que l'auteur n'ait été plus frappé du caractère intermittent pernicieux maladies qui désolent Civita-Vecchia et ses environ M. Audouard se rappelle, en effet, que certains pays quelques lieues de cette ville, sont tellement malsai que les détachements de troupes françaises que l'on plaçait pour la garde des côtes, et qui ne devaient y rest que huit jours, avaient ordinairement tous leurs homme à l'hôpital avant l'expiration de ce temps.

M. Leroy d'Etiolles a la parole pour une lecture : le principales conclusions du mémoire de M. Leroy sont : 1° que la cystalgie ou névralgie de la vessie est plus rare qu'on ne pense ; 2. que les auteurs ont donné très-mal à propos ce nom à des douleurs rhumatismales de la vessie ou de la prostate, organe dans lequel abonde le tissu fibreux si favorable au développement des affections rhumatismales; 3. que cette affection rhumatismale de la prostate est souvent le premier degré de l'engorgement de cette glande. M. Leroy est porté également à penser que ce qu'on appelle généralement névralgie du canal de l'urèthre a son siége sur les fibres musculaires de ce conduit, et doit être regardé comme un rhumatisme. Enfin, il établit que ce qu'on a dit des spasmes nerveux de l'urèthre est singulièrement exagéré, et que le seul spasme qu'il ait été à même de constater avait pour effet la formation d'un pli linéaire et transversal au niveau du muscle transverse.

M. Latour croit à l'existence de la névralgie de la vessie, et il s'étonne qu'elle soit niée par M. Leroy. Il se rappelle, en effet, avoir donné des soins, conjointement avec M. Leroy, à un malade chez lequel de vives douleurs

dans la région de la vessie se sont développées tout à coup en urinant ; ces douleurs, qui se sont régulièrement reproduites tous les jours à sept heures du soir, ont cédé au sulfate de quinine administré pendant trois jours. Depuis la cessation des accidents, les douleurs ont reparu deux fois, et deux fois elles se sont dissipées sous l'influence de frictions faites avec l'huile de belladone.

M. *Sandras* : J'ai eu occasion de rencontrer, depuis plusieurs années, un assez grand nombre de douleurs névralgiques qui m'ont permis de faire une étude particulière de ce genre d'affections. Je divise les névralgies en deux classes, suivant qu'elles occupent les nerfs de la vie de relation ou ceux de la vie organique. Je pense que c'est à tort que l'on n'admettrait que des névralgies appartenant au système nerveux de la vie de relation.

Les névralgies que j'ai observées sont, pour les nerfs de la vie animale : la temporale, la sus-orbitaire, la sous-orbitaire, la maxillaire supérieure, la maxillaire inférieure, la cervicale ; la brachiale, l'iléo-scrotale, la sciatique; la névralgie du dos et de la plante des pieds, l'intercostale, la diaphragmatique, l'optique et l'acoustique.

Pour les nerfs de la vie organique : les névralgies de l'estomac, de la vessie, du rectum, de l'utérus.

Quel que soit l'organe affecté, dit M. Sandras, ses fonctions sont plus ou moins troublées. La névralgie occupe-t-elle l'œil, l'estomac, la vision, l'ouïe, la digestion seront altérées. Il en sera de même de la vessie, de l'utérus. Dans les névralgies utérines, les malades accusent souvent une sensation douloureuse analogue à celle qui accompagne l'accouchement. M. Sandras a vu une fois cette méprise commise par un médecin qui crut à l'imminence d'un avortement chez une femme qui était atteinte d'une névralgie utérine.

M. Sandras mentionne les principaux caractères qui rapprochent et tendent à confondre les névralgies de la vie de relation et celles de la vie organique.

On voit chez la même personne la névralgie passer de la face, des bras, etc., à l'utérus, à l'estomac, à la vessie, et *vice versâ*.

La douleur qui accompagne ces deux classes de névralgies est analogue et même semblable.

Leur marche est pareille : tantôt elles sont périodiques; tantôt elles sont régulières.

Elles ont pour effet commun d'empêcher l'exercice régulier de la fonction de l'organe qu'elles occupent.

Enfin, un dernier caractère qui établit entre les névralgies une ressemblance non équivoque, c'est qu'elles sont curables par la même méthode.

Si elles sont périodiques, le sulfate de quinine réussit parfaitement dans les névralgies de la vie organique comme dans celles de la vie de relation.

Si elles sont irrégulières et si elles dépendent de la fatigue de l'organe, il suffit de mettre cet organe dans le repos.

Il n'est pas rare de voir la névralgie maxillaire réveillée par l'acte de la mastication ; la névralgie de l'estomac rappelée ou exaspérée par l'ingestion des aliments dans cet organe.

Quand les névralgies ne tiennent pas à l'une des deux causes précédentes, elles cèdent à l'extrait aqueux d'opium ou à la morphine. Ce dernier médicament, administré par la méthode endermique, a le mieux réussi, surtout dans la névralgie maxillaire. La morphine donnée à l'intérieur compte également beaucoup de succès. Quelques centigrammes de morphine suffisent pour faire cesser la névralgie de l'estomac. Dans le cas de névralgie

gastrique, M. Sandras a vu la digestion se faire plus facilement sous l'influence de la morphine administrée immédiatement après le repas. La névralgie était rappelée par les aliments, et elle était aussitôt calmée par la morphine. Ce moyen a suffi pour guérir complètement la maladie.

Dans plusieurs névralgies, M. Sandras a réussi en appliquant sur la peau un emplâtre de diachylum chargé de chloridrate de morphine (de 5 à 10 centigrammes). La morphine ainsi administrée produit des effets moins rapides que si on l'applique sur le derme dénudé.

Ce calmant n'obtient pas toujours les mêmes succès, surtout dans les névralgies de la vessie. On sait que la morphine exerce une action fâcheuse sur la vessie, et qu'elle peut amener la rétention d'urine.

Quand la morphine n'est pas applicable, elle peut être avantageusement remplacée par la belladone.

M. Sandras a d'abord employé des pilules composées de belladone, d'aconit et de jusquiame. Mais il n'a point tardé à s'apercevoir que la belladone administrée seule produit des effets aussi avantageux que les mélanges précédents.

M. Sandras est parvenu, dans un certain nombre de cas, à soulager le malade en ralentissant la circulation. C'est ainsi qu'il a fait cesser une névralgie faciale en comprimant la carotide.

M. *Latour :* Il semblerait résulter de l'intéressante communication de M. Sandras qu'en combattant une névralgie par l'un des moyens indiqués par lui, la maladie ne peut pas résister. Je n'ai point été aussi heureux. J'ai donné des soins à une dame en couches, atteinte d'une névralgie frontale intermittente, qui est demeurée rebelle au sulfate de quinine, à l'opium, à la belladone, à

l'électro-puncture et à beaucoup d'autres remèdes.

M. *Andry* confirme l'opinion de M. Latour. Il a vu une entéralgie résister à l'emploi des calmants et à tous les moyens qui furent mis en usage. Il ne regarde pas non plus le repos de l'organe comme aussi avantageux que l'a dit M. Sandras. En effet, la malade dont il vient de parler fut soumise d'abord à un régime sévère, et elle continua à souffrir beaucoup. On lui accorda une plus grande quantité d'aliments, et elle ne tarda pas à éprouver du soulagement.

M. *Tanchou* a eu à se louer de l'emploi de l'opium dans les névralgies de l'utérus. Il n'en a pas été aussi content dans le traitement des névralgies gastriques.

M. *Devilliers* cite le cas d'une dame qui a une névralgie faciale du côté gauche avec tic douloureux, et cela depuis trois ans, et qui ne trouve de soulagement que dans l'application de la glace. Une autre dame qu'il a également sous les yeux n'obtient d'amendement à ses douleurs que par le moxa.

M. *Monat* : Revenant au mémoire de M. Leroy-d'Étiolles, je dirai que l'opinion émise par lui relativement à l'engorgement de la prostate qui commençait souvent par une affection rhumatismale de cet organe me paraît peu probable. On sait qu'en général le rhumatisme attaque peu le système glandulaire, et on ignore si, sous ce rapport, la prostate fait exception. On sait encore que le rhumatisme amène rarement l'hypertrophie des parties qu'il affecte. Il n'en est pas de même de la névralgie de l'estomac, de la vessie, du rectum, qui fréquemment est suivie de l'hypertrophie d'un ou de plusieurs des tissus qui entrent dans la composition de ces viscères.

M. Leroy d'Etiolles : Aux objections qui viennent d'être présentées, voici ma réponse :

J'ai rapporté à l'engorgement commençant de la prostate les symptômes attribués généralement à la névralgie de la vessie, parce qu'en introduisant le doigt dans l'anus, j'ai reconnu, le plus souvent, un commencement de gonflement, de déformation de la glande ; parce que ces symptômes sont beaucoup plus fréquents chez les hommes que chez les femmes, lesquelles, comme on le sait, n'ont pas de prostate. Si les douleurs signalées étaient névralgiques, elles seraient beaucoup plus fréquentes chez les femmes, et c'est le contraire qui a lieu.

Quant à l'influence du principe rhumatismal, plus grande, à mon avis, que celle qu'on nomme névralgie, voici, dans ma pensée, sur quoi elle se fonde.

Les phénomènes morbides de la pierre, sans la pierre, sont beaucoup plus fréquents chez l'homme que chez la femme, plus sujettes aux affections nerveuses, bien moins sujettes, comme on sait, aux affections rhumatismales.

Le rhumatisme s'empare plus souvent encore des tissus fibreux que des tissus musculeux ; il s'y fixe d'une manière plus durable, témoins les articulations ; or, nous voyons que le col de la vessie de l'homme est entouré d'un corps glandulaire dans lequel on trouve du tissu fibreux dont l'apparence devient, avec l'âge, de plus en plus manifeste.

Le rhumatisme chronique détermine l'engorgement, le gonflement, la rigidité, puis, plus tard, le ramollissement du tissu fibreux : il y produit quelquefois de la suppuration, des ulcérations ; nous voyons tout cela se succéder dans la prostate, et nous pouvons même remar-

quer que la portion moyenne et qui se développe plus particulièrement pour donner lieu au *lobe pathologique*, nommé *lobe moyen* par E. Home, est aussi celle dans laquelle le tissu fibro-cellulaire est plus abondant. Il est vrai que ce développement partiel est encore favorisé par l'absence de pression dans ce seul point, la glande étant partout ailleurs enveloppée d'aponévroses ou se faisant obstacle à elle-même du côté de l'urèthre.

Le rhumatisme dépose dans les tissus fibreux articulaires des concrétions de phosphate de chaux qui les déforment. C'est aussi le sulfate de chaux qui constitue les calculs de la prostate dont le développement a lieu dans le tissu fibro-cellulaire, tandis que ceux qui se forment dans les conduits excréteurs de la glande, communiquant avec l'urèthre, peuvent être composés d'acide urique et de phosphate triple.

Les mouvements de contraction des muscles rhumatisés sont accompagnés de douleurs; or, c'est surtout pendant et après l'émission des urines que la douleur est ordinairement éprouvée; quant aux sensations pénibles qui s'irradient dans les flancs, à l'hypogastre, l'envahissement simultané des muscles de ces régions par le principe rhumatismal les explique, ce que la supposition d'une névralgie ne saurait faire encore.

Ce que nous venons de dire au sujet de la cystalgie, nous pourrions l'appliquer à toutes les névralgies d'organes. Quels sont, en effet, les organes que l'on suppose être le siége de ces maladies devenues si en faveur dans le langage médical? Ce sont : l'estomac, les intestins, le cœur, le péricrâne et le muscle occipito-frontal, l'utérus enfin, tous formés de tissus musculaires et fibreux. On n'a jamais songé à décrire des névralgies du foie, de la rate, des poumons, ni d'aucun organe parenchymateux;

la cardialgie, l'entéralgie, bon nombre d'hémicrânies, ne seraient-elles que des rhumatismes? car on est d'accord sur ce point que le rhumatisme peut se montrer partout où les tissus fibreux et musculaires existent. Une assertion exagérée amène toujours une réaction. L'on veut faire du rhumatisme une névralgie; mais, à mon tour, ne pourrais-je pas demander avec plus de raison si la névralgie des gros troncs nerveux irradiant suivant le trajet de leurs rameaux, celle enfin que l'on admet généralement, n'est pas elle-même un rhumatisme, si ce n'est pas le névrilème ou enveloppe fibreuse qui se trouve uniquement affecté? Les deux nerfs qu'attaque le plus souvent la névralgie, le facial et la sciatique, ne sont-ils pas en effet ceux qui sont pourvus du névrilème le plus résistant et le plus dense? La nature de la douleur qui semble résulter d'une pression, d'un étranglement du nerf, son retour par crises, par accès rémittents, retour habituel aux affections rhumatismales, l'absence d'altération dans la substance délicate du nerf, après d'aussi atroces douleurs, ne donnent-elles pas au moins beaucoup de vraisemblance à cette opinion?

Je ne me dissimule pas que je suis venu me heurter en passant à l'une des questions les plus ardues de la médecine; je sais qu'il y a de l'imprudence à frapper de mon marteau de lithotritiste une croyance aussi généralement admise; et, si j'en avais douté, l'orage qu'a soulevé dans la Société de médecine l'atteinte portée par moi à cette classe intéressante des maladies m'en aurait suffisamment averti. Toutefois, je persiste dans ce qu'un collègue vient d'appeler une hérésie; il me paraît, je le répète, que l'on a fait un étrange abus du mot névralgie, particulièrement en ce qui concerne la vessie. Mais, pourrait-on me dire, à quoi bon cette discussion? En quoi

importe-t-il de savoir s'il y a névralgie ou rhumatisme, si ce sont les filets nerveux, la substance propre du nerf qui est malade, ou si ce sont les tissus musculaire et fibreux? A quoi bon? le voici : le mot névralgie emporte avec lui l'idée d'un simple trouble fonctionnel, d'une exagération de sensibilité, sans altération organique. Si donc vous admettez la névralgie, vous inspirez sur la nature des phénomènes de sensibilité dont la vessie est le siége une sécurité qui peut devenir funeste. Vainement vous me direz que cette névralgie peut fréquemment donner lieu à des altérations organiques. Comme cela est contraire, non-seulement à toutes les idées reçues, mais surtout à la réalité, l'on ne vous croira pas, et l'on agira suivant la foi médicale dans laquelle on aura été élevé. Il n'en est pas de même du rhumatisme. On connaît les altérations de texture auxquelles son séjour prolongé donne lieu dans les tissus fibreux des articulations et l'on peut les craindre pour le tissu fibro-celluleux de la prostate. Que l'on n'aille pas, cependant, me taxer d'une exagération dont je cherche en toutes choses à me garantir. Je ne veux point donner au rhumatisme plus d'importance qu'il n'en mérite. Il ne vient, pour la production de l'engorgement de la prostate, qu'en seconde ou troisième ligne, après les rétrécissements anciens *même légers*, après la blennorrhagie ; mais quant à la réalité de son influence, elle ne me paraît pas douteuse, et c'est pour cela que j'admets une *prostatite rhumatismale*. Quelle que soit, au surplus, celle des causes qui agit, ce qu'il importe le plus de savoir, c'est que l'apparition des phénomènes morbides qui simulent l'existence d'une pierre, et qu'en l'absence de celle-ci on rapporte à une névralgie, est le plus souvent liée à l'engorgement de la prostate, que déjà cet engorgement existe, ou que du moins il est sur le point de se manifester.

La discussion relative au mémoire de M. Leroy-d'Étiolles est fermée.

M. *Delens* a la parole : Il n'est pas à ma connaissance, dit-il, qu'on ait publié l'observation faite sur le vivant d'une transposition des organes. M. Delens a sous les yeux une dame chez laquelle cette transposition a été constatée par lui il y a trente ans. Des palpitations qui suivirent un exercice violent, telle fut la circonstance qui révéla cette transposition. Le sujet était alors une jeune fille, qui, à la fin d'une contredanse, porta la main sur le côté droit de la poitrine pour sentir la violence des battements de son cœur, et, bien que la position de la main fût jugée peu rationnelle pour cette exploration, elle était néanmoins la seule qui permit de percevoir les battements de cet organe transposé. M. Delens reconnut le lendemain cette transposition, et un examen attentif lui fit reconnaître la présence du foie dans l'hypochondre gauche ; la déviation du rectum à droite, ajoute M. Delens, pourrait, au besoin, fournir un signe de plus pour arriver à la démonstration du fait de transposition des organes.

M. *Camus* fait remarquer que la connaissance de ce fait de transposition des organes pourrait encore se déduire de l'exploration des fosses iliaques dans lesquelles la percussion et le palper font facilement reconnaître, à droite, le cœcum, et, à gauche, l'S iliaque du colon. M. Camus ne pense pas d'ailleurs que l'exploration du rectum par le toucher soit d'un grand secours pour apprécier sa déviation, attendu que celle-ci est à peine sensible dans la partie inférieure de cet intestin, et c'est la seule portion que le doigt puisse atteindre.

M. *Delens* répond qu'il suffirait d'introduire dans le

rectum une sonde peu flexible pour reconnaître la direction que prend la portion supérieure de cet intestin.

M. *Nonat* communique à la société quelques observations relatives aux préparations arsenicales administrées comme fébrifuge.

Les préparations arsenicales étaient depuis longtemps abondonnées, dit M. Nonat, lorsque parut le travail de M. Boudin, dans lequel ce médecin prétend avoir employé l'acide arsénieux dans les fièvres intermittentes avec plus de succès que le quinquina ou le sulfate de quinine lui-même. Il commence l'administration de cette substance à la dose d'un demi-milligramme à un milligramme. Cette dose a presque toujours suffi pour guérir en peu de jours les fiévreux soumis à cette méthode de traitement. Les rechutes, ajoute M. Boudin, ne sont pas plus fréquentes qu'après l'administration du sulfate de quinine.

M. Nonat combat cette conclusion du travail de M. Boudin. Il se fonde particulièrement sur l'omission qu'a commise ce dernier en ne parlant pas de l'intumescence de la rate chez les fiévreux observés par lui, circonstance qui doit être considérée comme l'élément essentiel de la solution de la question.

M. Nonat a fait, de concert avec M. Rayer, des expériences sur le traitement des fièvres intermittentes par les préparations d'arsenic, notamment par l'arséniate de soude à la dose de 3 à 5 milligrammes, et même à la dose d'un centigramme. La fièvre a été coupée, non pas aussi rapidement que par l'emploi du sulfate de quinine, mais rarement plus tard que le troisième ou quatrième jour de l'administration du médicament. Ces expériences ont été répétées sur un grand nombre de malades, et toujours avec le même succès. Les préparations arsénicales peu-

vent donc être considérées comme fébrifuges; il restait à déterminer l'action de ce moyen sur l'intumescence de la rate, intumescence qu'il faut faire cesser sous peine de voir la maladie se reproduire. L'examen minutieux auquel se sont livrés MM. Nonat et Rayer pour déterminer le volume de la rate, avant et après l'emploi des préparations arsénicales, prouve que l'intumescence splénique ne subit aucune diminution sous l'influence de ces médicaments. D'après ce fait, on est en droit de conclure que les préparations arsénicales n'agissent que sur l'élément fébrile et ne peuvent être appelées à remplacer les préparations de quinquina. Il en est de même de la salicine qui réussit assez bien pour arrêter les accès de fièvre intermittente, mais dont l'action sur la rate est nulle pour en diminuer le volume. La poudre d'or, de feuilles de houx (*Ilex aquifolium*), préconisée par M. E. Rousseau, n'a pas plus d'action que l'écorce du saule. M. Nonat tire de ces faits la conséquence qu'on trouve un assez grand nombre d'agents thérapeutiques capables de couper la fièvre intermittente, mais que le sulfate de quinine seul, jusqu'ici, agit efficacement sur l'engorgement de la rate, ce qui explique comment un grand nombre de ces agents sont tombés en désuétude.

M. Nonat cite, en finissant, l'observation d'un malade traité dans le service de M. Rayer pour une fièvre intermittente qui céda en peu de jours aux préparations arsénicales. Le malade voulut quitter l'hôpital, quoiqu'il conservât une rate volumineuse. Le médecin prédit une rechute prochaine. Huit jours étaient à peine écoulés que le malade rentra à l'hôpital pour de nouveaux accès.

M. Prus partage l'opinion de M. Nonat sur l'efficacité du sulfate de quinine pour prévenir ou détruire les engorgements de la rate, suite de fièvres intermittentes. A

Cayenne et dans toutes les Guyannes, rien n'était plus fréquent que de rencontrer des rates énormément tuméfiées. En parlant des malades qui conservaient cette infirmité à la suite de fièvres intermittentes, il était d'usage de dire qu'ils avaient *la rate*. Depuis que le sulfate de quinine est employé largement pour les fièvres intermittentes, on ne rencontre plus de *rates*. Ce fait a été attesté à M. Prus par plusieurs médecins qui ont habité Cayenne.

Quant à l'arsenic et à ses préparations, M. Prus se rappelle parfaitement qu'il y a 25 ans, les médecins traitaient par ce médicament les fièvres intermittentes qui avaient résisté au quinquina. Ce traitement par l'arsenic était surtout appliqué aux fièvres intermittentes quartes qui persistaient depuis des mois, et même depuis des années. La préparation préférée était la liqueur de Fowler.

M. Requin : Je ne viens pas combattre l'idée sur laquelle M. Nonat a insisté avec juste raison : toutefois, il serait dangereux de croire que le sulfate de quinine, même à assez large dose pour combattre et détruire l'engorgement de la rate, suffira toujours pour obtenir la guérison des fièvres intermittentes. Il est des constitutions détériorées soit primitivement par un séjour plus ou moins long au milieu des miasmes paludiques, soit par un grand nombre de récidives de fièvres intermittentes, chez lesquelles les accès persistent tant que l'économie n'a pas été profondément modifiée. C'est dans ces cas qu'on adjoint utilement le fer au quinquina. Cette réflexion s'applique également à la syphilis, qui n'est pas toujours traitée avec succès par le mercure, bien que ce moyen doive être considéré à juste titre comme un spécifique, et pour laquelle on est obligé de recourir aux préparations ferrugineuses, iodées, aurifères, etc.

M. Géry cite à l'appui des remarques de M. Requin

l'observation d'un malade devenu anémique à la suite de son séjour en Algérie et d'une fièvre intermittente rebelle. L'usage des ferrugineux a modifié heureusement tout l'organisme, et la fièvre intermittente a disparu.

M. Requin communique à la Société l'observation d'un jeune homme de 17 ans, mort du carreau, chez lequel les ganglions mésentériques tuberculeux ont été trouvés ramollis, sans qu'il ait été possible de voir aucun tubercule dans les poumons. C'est un nouveau fait à citer à ceux qui, ne tenant compte que des observations recueillies par eux, établissent des lois qu'ils regardent à tort comme n'étant pas susceptibles d'exceptions.

Le même membre rapporte l'histoire d'un individu mort phthisique et chez lequel on a constaté la persistance du trou de botal. Le sujet était pâle et n'avait présenté, pendant la vie, aucun phénomène de cyanose.

M. Requin lit enfin une observation de diabète sucré qui a guéri par l'usage combiné de l'opium, d'un régime animalisé et du vin de Bordeaux.

M. Deville dit que les mêmes moyens lui ont réussi chez deux malades qui, peu de temps après, ont éprouvé des rechutes.

M. Tanchou fait observer que chaque fois que les malades guéris de diabète éprouvent des rechutes, c'est toujours après un laps de temps de plus en plus court, jusqu'à ce que la guérison devienne impossible.

M. Géry communique à la Société un cas de présentation du bras droit chez une femme primipare, avec cette circonstance que la version podale étant opérée, l'accoucheur reconnut la présence d'un anse du cordon ombilical formant un lien circulaire sous le jarret du pied abaissé. Après avoir pris les précautions convenables pour repousser le cordon et empêcher qu'il ne fût comprimé, M. Géry

acheva l'extraction de l'enfant, qui arriva mort, bien que cette opération n'eût pas duré très-longtemps. A cette occasion, M. Géry fait connaître à la Société l'histoire de deux autres femmes chez lesquelles il a constaté une présentation du bras. Toutes deux accouchaient pour la seconde fois, et, pour la seconde fois aussi, toutes deux avaient présenté les mêmes accidents. C'est une chose vraiment remarquable que la tendance qu'ont à se reproduire, chez certains sujets, les présentations vicieuses dont il est question.

M. Géry signale deux points de pratique qui ne sont pas sans intérêt. Dans la version que vient d'opérer M. Géry chez la première des trois femmes citées, le bras, qui se présentait d'abord, n'a pas été fixé avec un lac comme on a coutume de le faire. M. Géry pense que, dans la majorité des cas (quand, par exemple, le bras n'est pas profondément engagé dans le vagin), cette précaution est inutile, et que même elle peut gêner l'opérateur pour l'extraction de l'enfant.

M. Géry a de même négligé d'abaisser le second pied dont la présence dans le vagin n'est pas nécessaire à une heureuse terminaison de l'accouchement.

M. Latour pense aussi que, dans la version par les pieds, il faut peu s'occuper du second pied, et qu'en général on doit le laisser dans la matrice; car, lorsque ce membre viendra à sortir ployé sur le tronc, il pourra préserver le cordon ombilical de la compression si redoutable pour la vie de l'enfant. Dans le cas rapporté par M. Géry, l'hémorrhagie n'a pas été assez abondante pour nuire à la vie de l'enfant, qui a plutôt succombé, comme il arrive ordinairement, à la compression du cordon.

M. Duparcque établit que le précepte de fixer le bras au moyen d'un lac pendant qu'on exécute la version po-

dale est trop important pour qu'on s'en dispense dans la majorité des cas. En effet, le bras qui n'est pas fixé convenablement remonte facilement sur le dos de l'enfant pendant sa sortie, et peut s'opposer, jusqu'à un certain point, à l'expulsion de l'enfant. Ceci explique pourquoi madame Lachapelle faisait un précepte rigoureux de l'application d'un lac sur le bras d'abord sorti.

M. Dauyau soutient l'opinion de madame Lachapelle et de M. Duparcque, sur l'utilité de l'application de ce lac Il pense aussi que c'est la compression du cordon entre le tronc de l'enfant et les bords de l'orifice utérin qui met la vie du nouveau-né en danger.

Sur la question de savoir si l'on peut se contenter d'avoir amené un seul pied pour terminer l'accouchement, M. Danyau rappelle que madame Lachapelle pensait qu'on pouvait se contenter d'un seul pied quand on avait saisi l'antérieur, mais qu'il fallait aller chercher le second quand le postérieur se trouvait le premier amené.

Enfin, M. Danyau rapporte un fait de délivrance artificielle difficile, observée pour la quatrième fois chez la même personne.

M. Leroy d'Étiolles présente à la Société le dessin d'une prostate énormément hypertrophiée, chez un homme qui a succombé à cette affection. On voit sur cette prostate, dont le volume extraordinaire a occasionné de fréquentes rétentions d'urine, l'entrée et la sortie d'une fausse route parcourue par la sonde à l'aide de laquelle on a opéré le cathétérisme. Cette pièce offre les fibres musculaires prostatiques décrites par M. Cruveilhier.

C'est à l'occasion de cette autopsie, ajoute M. Leroy, que j'ai été condamné par la police correctionnelle à une amende de 16 fr., pour avoir fait l'examen cadavérique

trente-six heures après la mort, mais vingt-deux heures seulement après la déclaration de décès à la mairie, c'est-à-dire deux heures trop tôt suivant le réglement de police.

M. Leroy d'Étiolles présente, en outre, un instrument propre à extraire les corps étrangers arrêtés dans l'urèthre. Cet instrument, également utile pour extraire les corps étrangers engagés dans l'oreille, consiste en une curette qui peut être introduite droite à côté du corps à déplacer, et qui se coude aussitôt que son extrémité a dépassé le corps à extraire.

M. Jacquemin applaudit à l'idée de l'instrument de M. Leroy. Lorsque les corps étrangers introduits dans l'oreille ne remplissent pas la cavité, beaucoup de moyens, et notamment des injections d'eau recommandées par plusieurs auteurs et en dernier lieu par M. Mayor de Lausanne, ont eu de bons résultats. Mais, tous les moyens connus restent trop souvent inutiles quand le corps étranger emplit toute la cavité, et c'est alors que l'instrument imaginé par M. Leroy pourra recevoir une heureuse application.

M. Jacquemin a vu un enfant qui s'était introduit dans l'oreille, et par la grosse extrémité, une pyramide de cristal provenant d'un lustre. On mit tout en usage pour l'extraire sans y réussir, le corps étranger ne se présentant que par une pointe et ne pouvant être saisi avec aucun instrument.

M. Bérard a vu M. Cloquet recourir à un moyen ingénieux pour retirer un noyau de cerise engagé dans le conduit auditif externe. C'est une tarrière qu'il a fait mouvoir au moyen d'un archet, laquelle perfora le noyau,

et permit l'introduction dans son centre d'un instrument propre à l'accrocher et à l'extraire.

Paris, ce 5 août 1842.

Le Secrétaire-général,

PRUS.

POLEMIQUE MEDICALE
ET PHILOSOPHIQUE.

Les mêmes circonstances qui ont retardé les deux dernières livraisons de la *Revue Médicale* nous obligent à remettre à un prochain cahier la réponse à la lettre de M. le professeur Forget *sur la thérapeutique des inflammations.*

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

Nouvelle dermatologie, ou Précis théorique et pratique sur les maladies de la peau, fondé sur une nouvelle classification médicale, etc., *avec des planches coloriées.* 2 vol. in-8°; par M. BAUMÈS, chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille de Lyon.

M. *Baumès*, auteur connu déjà par des ouvrages assez nombreux et justement estimés, s'est proposé de ramener l'étude de la pathologie cutanée à des principes, selon lui, plus médicaux et plus philosophiques que ceux qui ont présidé à la classification de Willan et de Bateman, aujourd'hui adoptée dans l'enseignement spécial de l'hôpital Saint-Louis. Il a cherché d'abord à rapporter à certains états déterminés les conditions pathogéniques qui peuvent amener le développement des maladies de la peau. Ces conditions, ou causes prochaines, sont

désignées par M. Baumès sous les noms suivants : fluxion par cause externe, fluxion *réfléchie* (c'est-à-dire entretenue par une lésion interne, ou par *sympathie*, comme on le dit plus communément), fluxion *déplacée*, fluxion *excentrique* (c'est-à dire provoquée par un trouble introduit tout à coup ou plus ou moins lentement dans le système nerveux, dans l'ensemble de l'organisation), fluxion par *diathèse* (syphilitique, scrofuleuse, scorbutique, cancéreuse), fluxion *idiopathique* (c'est à-dire entretenue par une disposition morbide propre à la peau seulement), enfin fluxion *complexe*, dans laquelle plusieurs des conditions précédentes se trouvent réunies.

Après avoir établi ces divisions comme base fondamentale de la dermatologie, l'auteur aurait dû, ce semble, les faire aussi servir de base à la classification des espèces, et alors il eût, en effet, comme il l'annonce, fondé une *nouvelle* classification; mais M. Baumès est trop habile praticien pour n'avoir pas senti de suite l'impossibilité, ou, tout au moins, l'extrême difficulté d'une pareille classification établie précisément sur les conditions les plus secrètes et les plus difficiles à élucider de la pathologie. Aussi s'est-il empressé de reléguer sur le second plan une considération relative à la nature intime de la maladie, et a-t-il adopté *à peu près* les divisions de la classification anglaise, modifiée par les dermatologues de l'hôpital Saint-Louis pour la distribution des espèces.

C'est ainsi qu'il décrit successivement les éruptions *érythémateuses*, *vésiculeuses*, *papuleuses*, *tuberculeuses*, *squammeuses*, etc., etc. Seulement M. Baumès préfère aux noms traditionnels conservés par Willan et adoptés par les médecins de l'hôpital Saint-Louis, tels que *eczéma*, *impétigo*, *herpes*, *lichen*, etc, des dénominations du genre de celles-ci : éruption vésiculeuse, ou *érythémato-vésiculeuse agglomérée*, ou *érythémato-vésiculeuse groupée*, ou *érythémato-puro-vésiculeuse agglomérée*, ou *éruption-puro-vésiculeuse éparse à grosses vésicules*, etc., etc.

A l'occasion de chaque catégorie d'éruptions, M. Baumès recherche celles qui peuvent être rapportées à une fluxion par

cause externe, à une fluxion réfléchie, à une fluxion déplacée, excentrique, par diathèse, idiopathique ou complexe. Et il pousse si loin la fidélité à cette méthode, que dans la description du *zona*, par exemple, dont la marche est à peu près indépendante de toutes ces considérations pathogéniques, il étudie successivement les cas où l'on peut soupçonner que l'éruption reconnaît telle ou telle origine.

Mais laissant de côté les prétentions de l'auteur à l'établissement d'une classification nouvelle, et négligeant la forme pour nous attacher au fond, nous devons reconnaître que l'ouvrage de M. Baumès est une très-bonne monographie des dermatoses, dans laquelle abondent les preuves d'une expérience judicieuse et raisonnée. Si nous persistons, pour notre part, à préférer à la *nouvelle dermatologie* de M. Baumès, des livres classiques qui nous paraissent plus clairs, plus précis et plus substantiels, il est possible que nous ne soyons pas assez libres de tout intérêt personnel pour être regardés comme arbitres infaillibles en pareille matière. Nous rendrons du moins cette justice à l'auteur de reconnaître qu'ayant mis largement à profit les traités modernes sur le même objet, il a loyalement et honorablement cité les sources où il avait dû puiser. G.

Essai d'hygiène générale; PAR L.-C.-A. MOTARD, docteur-médecin de la Faculté de Paris. — 2 *vol. in*-8°. *Chez Isidore Person*, 13, *rue Percée*, *et chez J.-B. Baillière*, *rue de l'Ecole-de-Médecine*.

Encore un livre d'hygiène... c'est-à-dire, des considérations générales sur les lois physiologiques, sur les modificateurs de l'économie, sur les impressions ou les changements qu'ils déterminent dans l'organisme, et par conséquent, sur les préceptes et les règles que prescrit la science prophylactique, relativement à l'emploi raisonné de ces mille agents divers dont on use ou dont on jouit dans e cours ordinaire de la vie.

Certes, on le prévoit déjà, il n'y a rien de bien neuf dans cet ensemble d'observations et d'indications résumées; cependant on les revoit avec plaisir, parce qu'elles touchent à nos premiers in-

térêts et qu'elles ont pour objet et dernier résultat, de nous apprendre à conserver notre santé, ce bien suprême sans lequel tous les autres s'effacent, se réduisent à rien ou à presque rien.

L'ouvrage du docteur Motard est largement conçu ; l'auteur ayant parfaitement compris l'embarras de ceux qui adoptent dans cette étude un plan rigoureusement méthodique, basé sur une seule donnée telle que l'ordre des fonctions de l'homme ou celui des agents de l'hygiène, a préféré la méthode qui réunit en un seul groupe toutes les affinités naturelles, et embrasse sous un même point de vue l'ensemble des causes et des phénomènes qui agissent sur l'homme en général d'après l'ordre et la nature des besoins qu'il éprouve. En cela, M. Motard a été parfaitement inspiré, et nous l'en félicitons sincèrement ; nous ne le suivrons pas cependant dans tous les sentiers qu'il a habilement parcourus dans le domaine si vaste de l'univers et de la médecine, mais nous donnerons simplement une appréciation générale de son livre.

Les deux volumes de l'*Essai d'hygiène* (titre modeste que l'auteur a préféré à celui de TRAITÉ, si éblouissant pour les yeux de quelques phalènes) sont composés de cinq grand livres qui se composent eux-mêmes de plusieurs chapitres, dans lesquels chaque agent hygiénique est considéré successivement au point de vue : 1° de sa nature propre ; 2° de ses influences sur le physique et le moral ; 3° des préceptes hygiéniques qui s'y rapportent.

Le premier livre traite des climats et des habitations. Il comprend trois chapitres, qui sont consacrés à l'étude de l'air et du sol, des eaux, des villes et des villages. Le second livre a pour objet la nutrition ; il traite successivement des aliments, des boissons et de tout ce qui se rattache à leur histoire naturelle, physique et chimique. Le troisième et le quatrième livres sont relatifs aux soins corporels et au travail. Huit autres chapitres traitent des vêtements, des ablutions, de la gymnastique, de l'agriculture, du commerce, de la navigation, de la guerre, des professions libérales et industrielles, du repos et du sommeil ; enfin, dans deux derniers très-remarquables, l'auteur

aborde les grandes questions des épidémies, des endémies et des maladies héréditaires.

Tel est l'ouvrage du Docteur Motard, autant du moins que nous pouvons le faire connaître, dans une simple notice bibliographique. Nous ajouterons cependant qu'il est en général convenablement écrit, malgré quelques tendances au néologisme. Mais ce qui le rendra particulièrement utile, et ce qui fait aussi que nous le recommandons aux personnes qui ont l'habitude de la réflexion, c'est qu'il est rempli de ces précieux enseignements que la médecine emprunte aux sciences physiques, chimiques et pharmaceutiques. Car toutes ces sciences, qui tiennent une si grande place dans l'enseignement de nos facultés, et qui fournissent à elles seules la matière du premier examen pour le doctorat, sont une introduction non seulement utile, mais indispensable à l'étude comme à l'exercice de la médecine, quoiqu'en ait pu dire ou insinuer, ces jours derniers, dans des vues faciles à pénétrer, un médecin juif, un peu militaire et assez peu civil, qui s'essaie et se remue depuis quelque temps dans le feuilleton : Aristarque d'un singulier genre, qui, à défaut du mérite scientifique dont il n'a pas encore fait preuve, veut se distinguer par des personnalités indirectes, qui ont la prétention d'être fort spirituelles, et ne sont, en définitive, que ridicules.

Docteur Ed. Auber.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Mémoires de la Société médicale d'émulation de Lyon, tome premier ; chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'École-de-Médecine, 13 *bis* ; à Lyon, chez Charles Chavy jeune, libraire, quai des Célestins, 48.

Œuvres complètes d'Hippocrate, traduction nouvelle avec le texte grec en regard, collationné sur les manuscrits et toutes

les éditions, accompagnée d'une introduction, de commentaires médicaux, de variantes et de notes philologiques ; suivie d'une table générale des matières, par E. Littré, membre de l'institut de France. — *Tome troisième*, in-8°, prix 10 fr. — A Paris, chez J.-B. Baillière.

Des anévrismes de la région sus-claviculaire, (thèse de concours pour la chaire de clinique chirurgicale), par Alph. Robert, chirurgien de l'hôpital Beaujon, in-8, de 134 pages, avec une planche représentant la région sus-claviculaire. 3 fr.

Diagnostic différentiel des tumeurs du sein, (thèse de concours pour la chaire de clinique chirurgicale), par M. A Bérard, chirurgien de l'hopital Necker, membre de l'académie royale de médecine, in-8, de 180 pages. 3 fr. 50 c.

Traité de la gastrite, du régime alimentaire dans les maladies aiguës et chroniques des organes de la digestion, suivi d'un mémoire sur l'emploi du musc dans la pneumonie, et sur les constitutions médicales; par A. Padioleau, docteur en médecine de la faculté de médecine de Paris, membre de la société royale académique de la Loire-Inférieure (ouvrage couronné), 1 vol in-8, de 350 pages. 5 fr.

Précis de matière médicale et de thérapeutique expérimentale au niveau de la science, d'après la nouvelle doctrine médicale du professeur Giacomini, par N. X. Givaudan, médecin, in-8, de 268 pages. 4 fr. 50 c.

Nouvelle dermatologie, ou précis théorique et pratique sur les maladies de la peau, fondé sur une nouvelle classification médicale; suivi d'un exposé de principes généraux pouvant servir de guide dans le choix des eaux minérales naturelles, applicables dans le traitement de ces maladies, avec un formulaire spécial et des planches coloriées; par P. Baumès, chirurgien en chef de l'Antiquaille de Lyon, tome 2e et dernier. 8 fr.
prix de l'ouvrage complet en 2 vol in-8, 16 fr.

Tous ces ouvrages se trouvent à la librairie médicale de Germer Baillière, rue de l'Ecole de Médecine, 17, à Paris.

PARIS.—IMP. DE MOQUET ET HAUQUELIN, rue de la Harpe, 90.

Double nœud du Cordon Ombilical.

Imp. de Lemercier Bénard et Cie

TABLES.

1842. TOME III.

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES.

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

Histoire d'un cas de pellagre à l'hôpital St-Louis dans le service de M. Gibert; par M. T. Roussel, 5.

Notes de M. Cayol, 12, 17.

Etudes sur les obstacles à la réduction des luxations; par le docteur Filugelli, 21.

De la valeur des signes fournis par l'auscultation dans la grossesse, etc. ; par les docteurs Devilliers fils et Chaillly (Honoré) (suite et fin), 49.

Observations et recherches sur quelques maladies particulières la membrane caduque; par le docteur Devilliers fils (avec figures), 178, 321.

Observation sur le diabète sucré, recueillie dans le service de M. Requin, à l'Hôtel-Dieu (annexe), et rédigée par M. Bonnefous, interne, 207.

Etudes sur la thérapeutique des luxations récentes; par le docteur G. Filugelli, 211.

Coup-d'œil sur les caustiques employés dans le traitement du col de l'utérus, et en particulier sur le caustique de Vienne solidifié; par M. le docteur Filhos, 233,

Observations diverses de pathologie; par le docteur Payan. — Traitement des brûlures des enfants. — Traitement du bubon inguinal suppuré. — Traitement d'un ongle incarné. — Tumeur articulaire rhumatismale, 337.

Observation d'un cas de molluscum non contagieux du scrotum; par J.-J. Renault, 350.

Sur les nœuds du cordon ombilical; par M. Baudelocque, 355.

Sur la membrane caduque. (Note communiquée par M. le docteur M.) 369.

Nouveau procédé rationnel pour les réductions des luxations du coude; par M. le docteur Duparcque, 362.

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

Analyses d'ouvrages. Essai sur les sensations des couleurs dans l'état physiologique et pathologique; par le docteur V. Szokalski. (Analysé par le docteur Cerise.) 53.

Traité philosophique et expérimental de matière médicale et de thérapeutique; par G.-A. Giacomini, traduit de l'italien par MM. Mojon et Rognetta. (Analysé par M. Cerise.) 255.

Traité pratique des maladies des organes génito-urinaires; par le docteur Civiale, troisième et dernière partie. (Maladies du corps de la vessie.((Analysé par le docteur B.) 367

Traité pratique de l'amaurose ou goutte sereine, avec des recherches nouvelles sur les méthodes spéciales de traitement qui conviennent à ses différentes espèces; par J.-C. Petrequin. (Analysé par le docteur Bourdin.) 376.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE FRANÇAIS. (*Juill.*) Cas extraordinaire de catalepsie avec transport des sens à l'épigastre. — Phlébites du foie. — Moyen simple d'arrêter les hémorrhagies nasales. — Fibrine dans la sérosité de l'ascite. — Feux de dents et gourmes. — Œdème de la glotte chez un enfant, à la suite de la scarlatine. — Bourses muqueuses sous-cutanées des membres inférieurs. — Poudre dentifrice. — Bandelettes agglutinatives de caoutchouc. — Guérison d'une phthisie pulmonaire. — Sensibilité vertébrale à la pression dans les fièvres intermittentes. — Surdité guérie par la morphine, 66.

(*Août.*) Emploi de la belladone dans le traitement de l'épilepsie. — Epilepsie guérie par l'expulsion de vers intestinaux. — Pommade à la naphtaline dans le traitement du psoriasis, 262.

Note sur le plomb et sur les accidents déterminés par ce métal, ses oxydes et ses composés, 266.

(*Sept.*) Traitement de la gastralgie. — Electro-puncture dans le traitement des surdités. — Iodure de potassium contre les ulcères atoniques. — Antéversions de l'utérus guéries par la position. — Ventouse utérine. — Péritonite essentielle chez les jeunes filles. — Plaie pénétrante dans l'abdomen, intéressant l'utérus à huit mois et demi de grossesse. — Procédés d'obstétrique inutiles, impraticables ou dangereux, 379.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ALLEMANDS. Cure radicale de la hernie ombilicale chez les enfants. — Emploi de l'acétate de plomb en lavement contre les hernies étranglées. — Eléphantiasis des Arabes. J.-P. Frank et Napoléon. (Souvenirs de voyage.) 110.

Du mouvement scientifique et médical en Allemagne; par M. Martins, 119.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ANGLAIS. Observations d'hémoptysies mortelles chez les enfants. — Nouvelle variété d'anévrysme faux. — Anévrysme de la partie inférieure du fémur. — Passage d'une épingle dans la vessie à travers l'appendice vermiforme, 281.

Coup d'œil sur l'enseignement médical en Italie, par M. Roussel, 397.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

INSTITUT DE FRANCE. Anus artificiel dans la région lombaire. — Variole. — Développement de la membrane caduque. — Structure des poumons. — Revaccinations. — Terminaisons des nerfs. — Nouvel alcali extrait du quinquina, 123.

Phrénologie, — Structure, disposition et origine de la membrane caduque. — Mort de M. le baron Larrey. — Organogénie humaine, 292.

Absorption des médicaments — Effets de l'éclipse de soleil sur les animaux. Mouvements intrinsèques du poumon. — Cranioscopie, 413.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE. Emphysème pulmonaire, comme cause de mort. — Mécanisme du tact et des sensations. — Pellagre à l'hôpital St Louis. — Préparations d'or. — Toux stomacale. — Suette miliaire, 152.

Taille pratiquée pour une tumeur de la prostate. — Histoire de l'anatomie. — Action du nitrate d'argent sur la conjonctive. — Mort de MM. Pelletier et Edwars. — Fièvre jaune. — Mort de M. le baron Larrey. — Hernie graisseuse de la paroi abdominale. — Projet d'une enquête sur le meilleur traitement de la fièvre typhoïde, 296.

Nouvel antidote du sublimé corrosif. — Communication d'un cancer de l'aine avec le rectum. Expectoration de l'os hyoïde. — Traitement de l'empoisonnement par l'acide arsénieux. — Méningite épidémique. — Traitement des anévrysmes par la méthode de Brasdor. 418.

Société de médecine de Paris. Teigne faveuse guérie par la cautérisation avec le nitrate acide de mercure. — Extirpation d'un corps fibreux de l'utérus du volume d'un œuf de poule, 300.

Fièvre gastrique de Civita-Vecchia — Cystalgie ou névralgie de la vessie. — Névralgie en général. Engorgement de la prostate. — Transposition des organes reconnue chez un sujet vivant. — Préparations arsénicales fébrifuges. — Engorgement de la rate à la suite des fièvres intermittentes. — Tubercules mésentériques. — Persistance du trou botal. — Diabète sucré. — Présentation du bras droit chez une primipare, avec des circonstances remarquables : discussion pratique à ce sujet. — Hypertrophie énorme de la prostate. — Nouvel instrument pour l'extraction des corps étrangers arrêtés dans l'urètre. Corps étrangers dans le conduit auditif. 432.

POLÉMIQUE MÉDICALE ET PHILOSOPHIQUE.

Lettre de M. Gilbert à M. le directeur de la Revue médicale. — Une mot sur l'épidémie régnante à Paris, 144.

Réponse de M. Cayol. — Coup-d'œil philosophique sur ce qu'on appelle fièvre typhoïde, 147.

Lettre sur la thérapeutique des inflammations; par M. Forget, professeur à la faculté de médecine de Strasbourg, à M. le docteur Cayol, 305.

Réponse de M. Cayol, 316.

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

Gauthier. Recherches nouvelles sur l'histoire de la syphilis, 172

Renault. Mémoire et observations cliniques sur une des causes de la gangrène traumatique dans les animaux domestiques, 173.

Casenave. Des sondes et bougies en gélatine indestructible de l'ivoire, 174.

Simon Paran. Mémoire sur le traitement de l'estiomène, 317.

Hermau. Des parasytes cutanés de l'homme, 318.

Aumas. Nouvelle dermatologie, 451.

Otard. Essai d'hygiène générale, 455.

ERRATUM.

Page 256, ligne 2, au lieu de : *Bassin*, lisez : *Ba sori*.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES ET DES AUTEURS.

A.

Abdomen (hernies graisseuses des parois de l'), 298.
Abdomen (plaie pénétrante de l'), 389.
Absorption des médicaments, 413.
Académie de médecine (élection d'un membre de l'), 419.
Accidens déterminés par le plomb 266.
Acétate de plomb en lavements dans les hernies étranglées, 116
Acide arsénieux (traitement des fièvres intermittentes par l'), 444.
Acide arsénieux (traitement de l'empoisonnement par l'), 420.
Alcali nouveau extrait du quinquina, 129.
Allemagne (mouvement scientifique et médical en), 119.
Amaurose (traité pratique de l'), 376.
Amussat. 123.
Anatomie (histoire de l'), 297.
Andrieux. 383.
Anévrysme de la partie inférieure du fémur, 286.
Anévrysme faux, 283.
Anévrysme par la méthode de Brasdor (traitement de l'), 499.
Antéversions de l'utérus guéries par la position, 382.
Anus artificiel dans la région lombaire, 123.
Arago. 445.
Aran. 93.
Ascite (fibrine dans la sérosité de l'), 97.
Auber. 453.
Audouard. 432.
Auscultation dans la grossesse, 49.

B.

Bandelettes de caoutchouc, 104.
Barrier. 100.
Baudelocque. 355.
Baumès. 451.
Belladone dans le traitement de l'épilepsie, 262.
Bérard. 303.
Bonnefous. 207.
Bouillaud. 299.
Bourdin. 379.
Bourgery. 127.
Bourses muqueuses sous-cutanées du membre inférieur, 102.
Bricheteau. 143. 144.
Brûlures (traitement des), 337.
Bubon inguinal suppuré (traitement du), 343.

C.

Caduque (maladies particulières de la membrane), 177, 3. 22
Caduque (note sur la membrane), 360.
Caduque (origine de la membrane), 126.
Caduque (structure de la membrane). 292, 293.
Cancer de l'aine communiquant avec le rectum, 419.
Cancer de la colonne vertébrale, 277.
Cancer du poumon (recherches sur le), 275.
Cabutchouc (bandelettes de), 104.
Carus. 417.
Catalepsie (cas extraordinaire de), 82.
Cathcart Lees. 281.
Caustique de Vienne solidifié, 233.

Cayol. 171, 317.
Cazenave, de Bordeaux. 173.
Cerise. 81, 262.
Chailly (Honoré). 49, 392.
Chambery (hôpitaux et hospices de). 397.
Chevalier. 270.
Chervin. 298.
Chrestien. 137,
Civiale. 367.
Civita Vecchia (climat et maladies épidémiques de). 432.
Conjonctive (action du nitrate d'argent sur la), 297.
Considérations sur la gastralgie. 379.
Cordon ombilical (nœuds du), 355.
Coste. 126, 292, 293.
Coude (nouveau procédé pour la réduction des luxations du), 362.
Couleurs (sur les sensations des), 69.
Coup-d'œil philosophique sur ce qu'on appelle fièvre typhoïde, 147.
Cranioscopie, 417.
Cystalgie, ou névralgie de la vessie, 434.

D.

Debreyne. 262.
Delaharpe. 97.
Delasiauve. 98, 297, 280, 105.
Delens. 443.
Denonvilliers. 298;
Dentifrice (poudre), 104.
Dermatologie (nouvelle), 451.
Devergie. 300.
Devilliers fils. 49, 177, 322.
Diabète sucré. 207.
Diday. 429.
Duparcque, 382, 385.
Duvard. 82.

E.

Eclipse de soleil (effets sur les animaux de l'), 445.
Edwars (mort de M., 298.
Election dans la section de médecine et de chirurgie, 127.
Electro-puncture dans le traitement des surdités, 380.
Eléphantrasis des Arabes, 117.
Emery. 265.
Emphysème pulmonaire, considéré comme cause de mort, 132.
Empoisonnement par l'acide arsénieux (traitement de l'). 426.
Emsmann. 116.
Enquête sur le traitement de la fièvre typhoïde, 299.
Enseignement médical en Italie (de l'), 397.
Epingle dans la vessie, 290.
Epidemie régnante à Paris (un mot sur l'), 144.
Epilepsie (de la belladone dans l'), 262.
Epilepsie guérie par l'expulsion de vers intestinaux, 263.
Esthiomène (traitement de l'), 317.
Extirpation d'un corps fibreux de l'utérus, 303.

F.

Fémur (anévrysme de l'extrémité inférieure du), 286.
Ferrand de Missol. 89.
Ferrus. 421.
Feux de dents et gourmes, 99.
Fibrine dans la sérosité de l'ascite, 97.
Fièvre jaune, 289.
Fièvres intermittentes chroniques (sensibilité vertébrale dans les), 105.
Fièvres intermittentes (traitement par l'acide arsénieux des), 444.
Fièvre typhoïde (coup-d'œil philosophique sur ce qu'on appelle), 147.
Fièvre typhoïde (enquête sur le traitement de la), 299.

Filhos 253.
Filugelli, de Parme, 21, 211.
Flourens. 292.
Foie (phlebite du), 90.
Fondations du general de Boigne, 397.
Forget. 305.
Frank et Napoléon. 118.

G.

Galy. 144.
Gangrène traumatique dans les animaux domestiques, 173.
Gastralgie (considération sur la), 379.
Gaulkier. 172.
Gerdy. 36.
Gery. 447.
Giacomini. 255.
Gibert. 147.
Girolami. 431.
Glotte (œdème de la), 100.
Godefroy. 382.
Gourmes et feux de dents, 99.
Gouzée. 106.
Grossesse (auscultation dans la), 499
Guérison d'une phthisie pulmonaire, 105.

H.

Hargreaves. 286.
Hawskins. 278.
Hémorrhagies nasales moyen d'arrêter les), 95.
Hémorrhagie pulmonaire mort subite par), 281.
Hereau. 319.
Hernies étranglées (acétate de plomb en lavements dans les), 116.
Hernies graisseuses de la paroi abdominale, 298.
Hernie ombilicale (cure radicale de la), 110.
Heyfelder. 117.
Histoire de l'anatomie, 297.
Hoebeke. 109.
Hôpitaux et hospices de Chambery, 397.
Huguier. 419.
Hygiène générale, 453.

I.

Inflammations (lettre sur la thérapeutique des), 305.
Iodure de potassium dans les ulcères atoniques, 380.
Italie (de l'enseignement médical en), 397.

J.

Jobert (de Lamballe). 380.

K.

Kermer. 104.
Kindon. 290.

L.

Lambron. 90.
Larrey (mort du baron), 293.
Lemazurier. 127.
Leroy d'Etiolles. 434.
Lesauvage. 132.
Lettre sur la thérapeutique des inflammations, 305.
Liston. 283,
Longet. 416.
Luxation du coude (nouveau procédé pour la réduction des 362.
Luxations récentes (obstacles à la réduction des), 21.
Luxations récentes (thérapeutique des), 211.
Luxation du sternum, 270.

M.

Maisonneuve. 270.
Maladies des organes génito-urinaires (traité pratique des), 367.
Maladies particulières à la membrane caduque, 177, 322.
Malgaigne. 297.
Mandl. 128.
Manzini. 129.
Martins 119, 123.
Matière médicale (traité de), 255.
Mécanime du tact et des sensations, 136.
Médicaments (absorption des) 443.

Membrane caduque (maladies particulières à la), 477, 322.
Membrane caduque (note sur la), 360.
Membrane caduque (structure de la), 292 293.
Méningite épidémique, 421.
Mialhe. 418.
Miquel d'Amboise, 143.
Mojon. 255.
Moluscum non contagieux du scrotum, 350.
Morphine (surdité guérie par la), 108.
Mort de M. Edwars, 298.
Mort de M. Pelletier. 298.
Mort du baron Larrey, 293.
Motard. 452.
Mort subite par hémorrhagie pulmonaire, 281.
Mouvements intrinsèques du poumon, 416.
Mouvement scientifique et médical en Allemagne, 119.

N.

Naphtaline (pommade à la), 265.
Napoléon et Frank. 118.
Nature de la suette miliaire, 144.
Nature et siége de certaines toux, 143.
Nature et traitement de la variole, 124.
Negrier. 95.
Nerfs (terminaison des), 128.
Névralgies en général (des), 435.
Nitrate acide de mercure (teigne faveuse guérie par le), 300.
Nœuds du cordon ombilical, 355.
Nœvermann. 110.
Nonat. 444.
Nouvel antidote du sublimé corrosif, 418.

O.

Observations diverses de pathologie, 337.
Obstétrique (de quelques procédés inutiles ou dangereux d'), 392.
OEdème de la glotte, 100.
Ombilicale (cure radicale de la hernie), 110,
Opération du trépan, 93.
Orfila. 420.
Organogénie humaine, 294.
Origine de la membrane caduque, 126.
Or (préparation d'), 137.
Osiander. 118.

P.

Pathologie (observations diverses de), 337.
Parasites cutanés de l'homme 319
Payan. 317, 337.
Pellagre (histoire d'un cas de), 5, 137.
Pelletier (mort de M.), 298.
Petrequin. 102, 376.
Péritonite essentielle chez les jeunes filles, 385.
Persistance du trou de botal, 447.
Phlébite du foie, 90.
Phrénologie, 292.
Phthisie pulmonaire (guérison d'une), 105.
Plaie de tête, 93,
Plaie pénétrante de l'abdomen, 389.
Plomb (accidens déterminés par le), 266.
Pommade à la naphtaline dans le psoriasis, 265.
Poudre dentifrice, 104.
Poumon (mouvements intrinsèques du), 416.
Poumon (recherches sur le cancer du), 275.
Poumons (structure des), 127.
Préparations d'or, 137.
Présentation du bras droit chez une primipare, 444.
Prostate (engorgement de la), 436.
Prostate (taille pratiquée pour une tumeur de la), 296.
Prus. 132.
Psoriasis (pommade à la naphtaline dans le), 265.